



BACHELORARBEIT

Herr
Marco Hauser

**Betriebliches
Gesundheitsmanagement -
Gesundheitsförderung im
Zeichen des demographischen
Wandels**

2014

BACHELORARBEIT

Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gesundheitsförderung im Zeichen des demographischen Wandels

Autor:

Herr Marco Hauser

Studiengang:

Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:

GM11wP1-B

Erstprüfer:

Herr Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

Zweitprüfer:

Herr Dr. Peter Metz

BACHELOR THESIS

Operational healthcare management – health promotion under the banner of demographic change

author:

Mr. Marco Hauser

course of studies:

Healthcare management

seminar group:

GM11wP1-B

first examiner:

Mr. Prof. Dr. sc. med. Thomas Müller

second examiner:

Mr. Dr. Peter Metz

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Hauser, Marco

Thema der Bachelorarbeit: Betriebliches Gesundheitsmanagement - Gesundheitsförderung im Zeichen des demographischen Wandels

Topic of thesis: Operational healthcare management – health promotion under the banner of demographic change

58 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract

Die vorliegende Thesis beschäftigt sich mit der Veranschaulichung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements unter Berücksichtigung von Aspekten des demografischen Wandels. Zu Beginn wird das betriebliche Gesundheitsmanagement als System beschrieben, bevor der demografische Wandel und dessen Einfluss auf das BGM betrachtet werden. Handlungsempfehlungen zur Optimierung von Prozessen und ein Zukunftsausblick runden diese Arbeit ab.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Struktur mittels grafischer Darstellung.....	1
1.2 Problemstellung und Zielsetzung	2
2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	4
2.1 Definition.....	4
2.2 Entwicklung.....	5
2.3 Begriffserklärung	9
2.3.1 Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz	10
2.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	11
2.3.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement	15
2.4 Kernfaktoren für den Erfolg	19
2.4.1 Gesundheit als Teil der Unternehmenskultur	19
2.4.2 Vorbildfunktion des Managements	19
2.4.3 Einbindung des Mitarbeiters.....	21
2.4.4 Implementierung	22
2.5 Basisabläufe	23
2.5.1 Datenerfassung.....	24
2.5.2 Strategiefestlegung	26
2.5.3 Durchführung	27
2.5.4 Erfolgsbeurteilung	28
3 Demografischer Wandel	29
3.1 Begriffserklärung	29
3.2 Demografische Veränderung der Gesellschaft	30
3.2.1 Quantitative Entwicklung.....	31
3.2.2 Qualitative Entwicklung	38
3.2.3 Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt.....	38
3.3 Entwicklung der Altersstruktur in den Betrieben	39
3.3.1 Älter werdende Belegschaften	40
3.3.2 Fachkräftemangel	42
3.3.3 Integration ausländischer Arbeitnehmer	45

4	Herausforderungen des BGM im Zeichen des demografischen Wandels.....	47
4.1	Alter und Arbeit	47
4.2	Fachkräftesicherung.....	50
4.3	Diversity	51
5	Schlussbetrachtung.....	54
5.1	Grafische Darstellung der Erfolgsfaktoren.....	54
5.2	Handlungsempfehlungen für die Optimierung von BGM-Prozessen.....	55
5.3	Zukunftsperspektive	58
	Literaturverzeichnis	XI
	Eigenständigkeitserklärung	XVIII

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A&G	Arbeits- und Gesundheitsschutz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BRD	Bundesrepublik Deutschland
KK	Krankenkasse
Mrd.	Milliarden
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Arbeit.....	1
Abbildung 2: Entwicklung BGM	9
Abbildung 3: Säulen des BGM	10
Abbildung 4: Verhältnis Prävention zu Gesundheitsförderung im BGM	15
Abbildung 5: Wirkung von Führungskräften	21
Abbildung 6: Kernprozesse des BGM.....	24
Abbildung 7: Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland	31
Abbildung 8: Fruchtbarkeitsrate Deutschlands - Kinder pro Frau.....	32
Abbildung 9: Lebendgeburten in Deutschland bis zum Jahr 2030	33
Abbildung 10: Verteilung der Altersstruktur in der Bevölkerung	35
Abbildung 11: Wanderungssaldo von 1950 bis 2060	37
Abbildung 12: Altersstruktur der Belegschaften von 2010 bis 2050	40
Abbildung 13: Veränderungen des Anteils der Altersgruppen (prozentual)	41
Abbildung 14: Nichtbesetzungsquote der Fachkräftestellen nach Branchen (2007).....	44
Abbildung 15: Haus der Arbeitsfähigkeit.....	48
Abbildung 16: Grafische Darstellung von Erfolgsfaktoren.....	54

1 Einleitung

1.1 Struktur mittels grafischer Darstellung

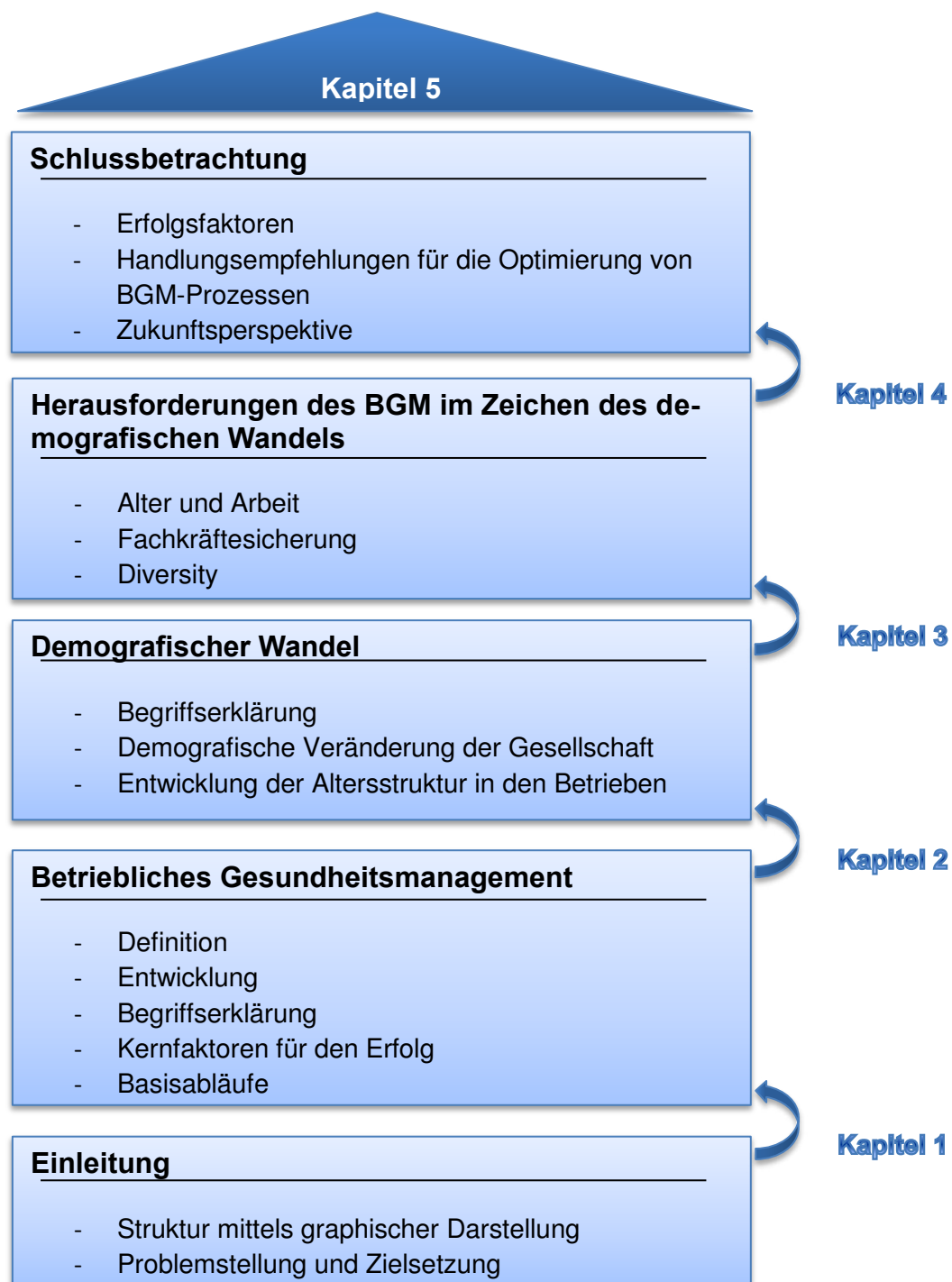


Abbildung 1: Struktur der Arbeit. Quelle: Eigene Darstellung

1.2 Problemstellung und Zielsetzung

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“¹

In diesem Zitat der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 wird deutlich, dass der Mensch seine Gesundheit selbst in der Hand hat und diese durch das Gestalten seiner Umwelt beeinflussen kann. Geht es dabei um die Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung ist die Arbeitswelt ein unumstrittenes Handlungsfeld, denn eine wesentliche Voraussetzung für Innovationskraft, Engagement, Kreativität und Flexibilität ist das Wohlbefinden des Beschäftigten. Solche Eigenschaften werden zunehmend für eine nachhaltige Wertschöpfung unverzichtbar werden, denn Arbeitgeber benötigen leistungsfähige, belastbare Mitarbeiter, um sowohl Aufschwungsphasen als auch Krisen zu bewältigen.²

Weniger heranwachsende junge Menschen und das Ansteigen des Durchschnittsalters in der Bevölkerung sind die Konsequenzen und Folgen des demografischen Wandels. Dies geht demnach nicht spurlos an der Arbeitsbevölkerung vorbei und prägt die Arbeitswelt dahingehend, dass einerseits das Durchschnittsalter der Belegschaften ansteigt und andererseits der Wettbewerb um Nachwuchskräfte härter wird als je zuvor.³ In Zeiten der Globalisierung und den damit verbundenen Rationalisierungsmaßnahmen, wurde in den vergangenen Jahrzehnten verstärkt auf den Personalabbau gesetzt und ältere Beschäftigte möglichst frühzeitig in die Rente überführt. Genau diese Zielgruppe wird es in den kommenden Jahren aber sein, die bei entsprechender Qualifikation gesucht wird. Nicht mehr die Personalreduzierung, sondern die Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden, die damit verbundene Personalbindung und –gewinnung, sowie der Erhalt der Arbeitsfähigkeit bis ins hohe Alter wird zur zentralen Herausforderung der Personalpolitik.⁴

Nur wenn diese Merkmale von den Unternehmen verstanden werden und ältere Beschäftigte nicht als Risiko, sondern als Chance gesehen werden, können Organisationen diese Entwicklungen überstehen.⁵

Eine Möglichkeit sich dieser Herausforderung zu stellen ist mit Hilfe eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Es wird dabei zur betrieblichen Querschnittsaufga-

¹ Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986: S. 5

² Vgl. Hofmann, 2010: S. 5f.

³ Vgl. Knapp, 2013: S. 11

⁴ Vgl. Flato/Scheible, 2008: S. 7f.

⁵ Vgl. Langhoff, 2009: S. 3

be und stellt die Gesamtheit der Arbeitsbedingungen im Unternehmen auf den Prüfstand. Dies betrifft u.a. die Arbeitsgestaltung und –organisation, wie auch die Unternehmenskultur und Personalführung, sowie den wahrscheinlich wichtigsten Aspekt: das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten.⁶

Das BGM muss vor diesem Hintergrund auf neue Herausforderungen und Belastungen der Mitarbeiter reagieren. Deshalb wird mit dieser Thesis das BGM unter Einfluss des demografischen Wandels betrachtet. Das Darlegen neuer Anforderungen an die Ausgestaltung und Umsetzung ist die wesentliche Zielsetzung dieser Arbeit.

⁶ Vgl. Hofmann, 2010: S. 6

2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

2.1 Definition

Bevor der Begriff des BGM definiert wird, sollte der Begriff der Gesundheit im Allgemeinen erläutert werden. Die WHO verfasste bereits im Rahmen ihrer Verfassung aus dem Jahre 1946 eine fortschrittliche Definition des Wohlbefindens. Demnach ist Gesundheit „[...] ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“.⁷

„Krankheit“ bedeutet demnach weitaus mehr als nur eine körperliche Fehlfunktion oder Schädigung. So haben beispielsweise länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle negativen Einfluss auf Motivation, Denken oder Verhalten. Das Herz-Kreislauf- und Immunsystem kann ebenfalls durch eine beschädigte Identität betroffen sein. Daher müssen diese Faktoren ebenso als Krankheitssymptome begriffen werden wie gesundheitliche Probleme. Es sind allerdings nicht immer Versagensängste o.ä. die Hauptursache, es genügt schon eine pessimistische Grundstimmung des Menschen um eine Unfähigkeit zu beruflicher Tätigkeit zu empfinden und zu erleben.⁸

Aus diesen Fakten resultiert das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM), dass „[...] die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel hat und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommt“.⁹ Unter BGM versteht man daher einen systematischen und nachhaltigen Ansatz zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Beschäftigten im Betrieb. Dabei werden sowohl Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, als auch zur Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsorganisation umfasst.¹⁰ Vier Kernziele stehen dabei im Vordergrund.

Laut Badura ist das erste Ziel „die Zukunftsfähigkeit steigern bzw. den Nutzen stiften.“¹¹ Den Unternehmen entgehen jährliche namhafte Erträge und Einnahmen und somit auch entscheidende Wettbewerbsvorteile aufgrund von Motivationsverlusten, Hilflosigkeit

⁷ Vgl. Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 in Uhle/Treier, 2011: S. 3

⁸ Vgl. Badura in BGF & Organisationsentwicklung, o.J.: S.12

⁹ Vgl. Badura/Ritter/Scherf, 1999: S. 17

¹⁰ Vgl. Lück/Macco/Stallauke in Badura/Schröder/Klose/Macco, 2010: S. 37

¹¹ Vgl. Badura/Münch/Walter, 2002: S. 534

und Zukunftsängsten der Mitarbeiter. Durch entgegensteuern werden beispielsweise Fehlzeiten verhütet und unerschlossene Leistungspotentiale mobilisiert, was beiden Parteien, Beschäftigten und Betrieben, entgegen kommt. Als zweites Bestreben steht die Senkung der Kosten im Mittelpunkt. Mit erhöhter Flexibilität, Produktivität und verbesserter Qualität soll kostensenkend gehandelt werden, hauptsächlich aber mit Hilfe von Reduktion der Fehlzeiten und sinkender Fluktuation der Beschäftigten. Die Einsparung, die das Unternehmen mit dem Reduzieren der Fehlzeiten erreicht, liegt dabei deutlich höher als die Investition in ein systematisches Gesundheitsmanagement. Hierdurch werden auch Kosten eingespart, die z.B. aufgrund von Frühberentung entstehen. Der dritte wichtige Vorsatz ist die Neuausrichtung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (A&G). In Zeiten der Globalisierung und aufgrund des steigenden Wettbewerbsdrucks der Beschäftigten müssen sich Unternehmen diesen Gegebenheiten anpassen, mitarbeiterorientiert reagieren und sich weiterentwickeln. Verantwortliche Positionen wie Experten und Führungskräfte müssen entsprechend geschult und weitergebildet werden, um die in den Betrieben vorhandenen Möglichkeiten des A&G neu auszurichten. Die letzte bedeutende Vorgabe ist das Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Lernprozess zu organisieren. Es sollen systematisch gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse gestaltet werden, um Gesundheitspotentiale der Beschäftigten zu fördern.¹²

Zusammenfassend sollen Gesundheitliche Fähigkeiten und Ressourcen unter Beteiligung der Mitarbeiter, Verantwortlichen und Experten im Betrieb, basierend auf Analysen der betrieblichen Situation, entwickelt und gestärkt werden. Die Vision ist eine gesündere Arbeitsorganisation und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die mithilfe des BGM erreicht werden soll.¹³

2.2 Entwicklung

Das BGM basiert in seiner heutigen Form auf dem deutschen A&G, der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der Notwendigkeit eines Managementansatzes. Diese Entwicklung wird im Folgenden grob erläutert.¹⁴

Maßnahmen zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei unmenschlichen Arbeitsbedingungen in Zeiten der industriellen Revolution Anfang des

¹² Vgl. Badura/Münch/Walter, 2002: S. 534

¹³ Vgl. Lück/Macco/Stallauke in Badura/Schröder/Klose/Macco, 2010: S. 37

¹⁴ Vgl. Badura/Ritter/Scherf, 1999: S. 15

19. Jahrhunderts stellten die Anfänge des BGM dar. Kinder- sowie Frauenarbeit war zur Existenzsicherung der Familie genauso selbstverständlich, wie überlange Arbeitszeiten zu einem Hungerslohn und unregelmäßige Lohnzahlungen. Es ist nicht verwunderlich, dass erste Ansätze zu einem Arbeitnehmerschutz nicht aus sozialer Verantwortung entstanden, sondern aus militärpolitischen Gründen resultierten. Durch die Kinderarbeit hatte sich der Gesundheitszustand der Rekruten derart verschlechtert, dass König Friedrich Wilhelm III. im Jahr 1839 das Preußische Regulativ über die Beschäftigung von jugendlicher Arbeit in Fabriken erließ.¹⁵

Der Begriff des Arbeiterschutzes entstand allerdings erst sechs Jahre später, als mit der preußischen Gewerbeordnung die Arbeitgeber dazu verpflichtet wurden, die Maßnahmen zum Schutz ihrer Arbeiter auf die gesamte Gewerkschaft auszudehnen. Die Situation verbesserte sich jedoch nur minimal und so war es nicht weit her geholt, dass es aufgrund der stetig schlechter werdenden Arbeitsbedingungen in den Gewerbebetrieben und der Gesundheitsschädigung der Arbeiter, zu einer Streikwelle in der deutschen Wirtschaft kam.¹⁶ Daraufhin erließ Reichskanzler Bismarck in den 1880er Jahren Verordnungen zur Krankenversicherung, Unfallversicherung und Invaliditäts- und Altersversicherung, die die drei Säulen der Sozialgesetzgebung bilden.¹⁷ Trotz dieses Fortschrittes hatte das Arbeiterschutzgesetz noch erhebliche Mängel, so stellte das Haftungsprinzip ein sehr großes Problem dar, da nur die Unfälle entschädigt wurden, die eindeutig und schwerwiegend waren.¹⁸

Unter Kaiser Wilhelm II. kam es dann zu einem bedeutenden Ausbau des Arbeitnehmerschutzes und der sozialen Sicherung, was einen weiteren Fortschritt in der Verankerung und der Verschärfung dessen nach sich zog. Auch die Weimarer Verfassung enthielt in den Anfängen des 19. Jahrhunderts zahlreiche Artikel zum Ausbau über den Schutz des Arbeitnehmers, während in der Zeit des Nationalsozialismus eher geringe Weiterentwicklungen diesbezüglich gemacht wurden.¹⁹

Nachdem auch Beamte und Angestellte in den Kreis zum Schutz vor arbeitsbedingten Gefahren integriert wurden und somit aus dem Arbeiterschutz der Arbeitsschutz wurde,²⁰ erfolgte in der Bundesrepublik mit der Verabschiedung des Arbeitssicherheitsgesetzes im Jahr 1973, ein Meilenstein in der Gesetzgebung. Spätestens mit der

¹⁵ Vgl. Singer in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 38f.

¹⁶ Ebd., S. 39

¹⁷ Vgl. Waltermann, 2012: S. 25

¹⁸ Vgl. Singer in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 40

¹⁹ Ebd., S. 41

²⁰ Vgl. Ayas in Schulz et al., 2002: S. 402

Erlassung des Arbeitsschutzgesetzes aus dem Jahr 1996 ist der A&G fest in der Bundesrepublik etabliert.²¹

Im Verständnis der Gesundheitspolitik war der Begriff der Gesundheitserziehung, als Vorgänger der Gesundheitsförderung, fest verankert. Demnach bedarf der Mensch in der Gesundheitserziehung der gesundheitlichen Aufklärung und Belehrung durch Mediziner oder durch medizinische Experten. Da nach damaliger Ansicht das Individuum selbst für sein Krankheitsbild verantwortlich war aufgrund von fehlerhaften Verhaltensweisen, konnten Krankheiten nur aufgrund gesundheitsrelevanter Entscheidungen dieser Experten verhindert oder eingedämmt werden. Die Experten-Laien-Ansicht traf in den späten 1970er Jahren auf immer mehr Kritik, v.a. darin, dass die Ursachen für Krankheit nur im Verhalten des Menschen und nicht in dessen Lebensumständen gesucht wurden. Das Konzept erwies sich mehr und mehr als ungenügend, auch aufgrund der Tatsache, dass die Fokussierung auf der Krankheitsverhinderung lag und nicht auf der Gesundheitsförderung. Das Resultat war ein Paradigmenwechsel von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung.²²

Als bedeutender Vorreiter der BGF gilt die WHO. Den Anfang zur Strategie „Gesundheit für alle bis 2000“ machte die in Alma Ata (damalige UdSSR) stattgefundene Deklaration, in der zur primären Gesundheitsförderung aufgerufen wurde. Fest verankert wurde der Begriff allerdings erst bei der sog. „Ottawa-Charta“ im Jahr 1986, der ersten internationalen Konferenz zum Thema Gesundheitsförderung in Kanada.²³ Sie bietet ein inhaltliches und methodisches Integrationsmodell an, um unterschiedliche Strategien der Gesundheitsberatung, -erziehung, -bildung, sowie der Präventivmedizin anzuwenden und weiter zu entwickeln.²⁴ Es findet eine Umorientierung statt, die darauf abzielt, nicht nur die Krankheit zu verhindern, sondern die Gesundheit zu fördern und nach den Ursachen für einen guten Gesundheitsstand zu recherchieren. Der Unterschied zu vorangegangenen Ansätzen besteht darin, dass ein Prozess beschrieben wird, der ständig weiterentwickelt und verbessert wird.²⁵

²¹ Vgl. Rudow, 2011: S. 26

²² Vgl. Singer in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 25

²³ Ebd., S. 26ff.

²⁴ Vgl. H. Mayer, 2008: S. 10

²⁵ Vgl. Pfaff/Slesina, 2001: S. 53

Die Charta gilt als Schlüsseldokument und Leitfaden der Gesundheitsförderung²⁶ und definiert den Begriff folgendermaßen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“²⁷

Es werden mehrmals Hinweise gegeben, dass Gesundheitsförderung auch in der Arbeitswelt ansetzen muss und es wird deutlich, dass die Qualität des Arbeitslebens mit der Lebensqualität im Allgemeinen in Verbindung steht. Die WHO hat diese Beziehungen in ihrer Konzeption von Gesundheit integriert und die Charta kann somit als Ursprung der betrieblichen Gesundheitsförderung betrachtet werden.²⁸

Auch in Europa gewann der Begriff der Gesundheitsförderung an Bedeutung und wurde beispielsweise mit der Luxemburger Deklaration 1997 (aktualisiert im Mai 2005 und im Januar 2007) aufgefasst. Sie beinhaltet die europaweit anerkannte Definition von betrieblicher Gesundheitsförderung²⁹, in der es heißt: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Desweiteren geht daraus hervor, dass in Zeiten von Globalisierung, steigender Arbeitslosigkeit, wachsender Verbreitung neuer Informationstechnologien, Personalabbau uvm. die Mittel eines traditionellen Arbeitsschutzes, der „durch die Verringerung von Arbeitsunfällen und durch die Prävention von Berufskrankheiten entscheidend zur

²⁶ Vgl. Singer in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 27

²⁷ Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

²⁸ Vgl. Singer in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 27

²⁹ Ebd., S. 31

Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen hat“ nicht mehr ausreichen, um dem breiten Spektrum der o.g. Probleme zu begegnen.³⁰

Der Begriff des BGM etablierte sich vor allem in den 1990er Jahren und in den Anfängen dieses Jahrhunderts erfolgreich in größeren Industriebetrieben. Kleinere und mittlere Unternehmen haben noch immer enorme Schwierigkeiten sich konzeptuell anzupassen und sind mit der Situation meist überfordert. Dies liegt daran, dass die Arbeits- und Produktionsbedingungen sich in vielfacher Hinsicht von denen der großen Unternehmen unterscheiden. Oftmals besteht eine familiäre Beziehung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern und demnach ist betriebliche Gesundheit nicht arbeitsteilig organisiert, sondern unmittelbar in den Arbeitsalltag mit eingebunden.³¹ Gesundheit zu managen erfolgt also daraus, dass BGM nicht diese Etablierung erfahren hat, wie dies etwa bei dem A&G der Fall war.³²

In der folgenden Darstellung soll abschließend noch einmal verdeutlicht werden wie sich der Begriff des BGM historisch entwickelt hat:

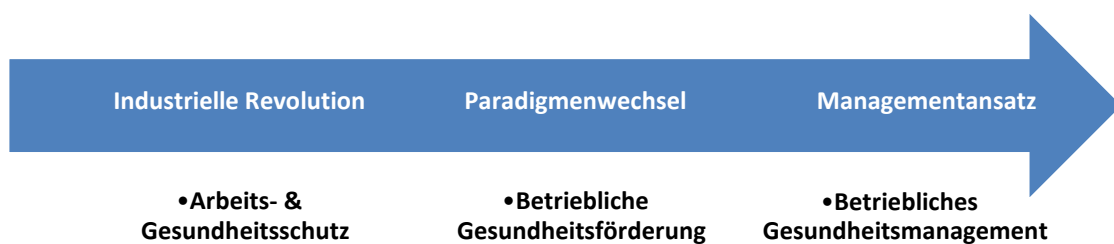


Abbildung 2: Entwicklung BGM. Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Begriffserklärung

Das BGM und die BGF werden häufig miteinander gleichgesetzt und eine Differenzierung der beiden Begriffe ist nur für den Experten selbstverständlich. Das BGM umfasst die Steuerung und Integration aller Unternehmensprozesse, die die Förderung und Erhaltung der Gesundheit, aber auch die Motivation und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zum Ziel haben. Primäre Zielgruppe sind die Führungskräfte, dass es damit zu

³⁰ Vgl. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung 2007

³¹ Vgl. Altgeld in Badura/Schröder/Klose/Macco, 2010: S. 51

³² Vgl. Badura/Ritter/Scherf, 1999: S. 16

einer Managementaufgabe macht.³³ Hier wird deutlich, dass Führungsverhalten und die Gesundheit der Mitarbeiter in enger Relation zueinander stehen. Während die BGF, auf welche im späteren Kontext noch genauer eingegangen wird, eine Komponente des BGM darstellt, bildet dieses das strukturelle Dach der gesundheitlichen Maßnahmen in einem Betrieb. Solche Maßnahmen sind beispielsweise Impfungen, Gesundheitssport oder Arbeitssicherheit.³⁴ Aufgrund der Vielzahl solcher Potentiale und der Tatsache, dass BGM deutlich über den üblichen Arbeitsschutz hinaus reicht und sich nicht nur auf die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung beschränkt,³⁵ bilden folgende Komponenten die „Pfeiler“ des oben genannten Daches.

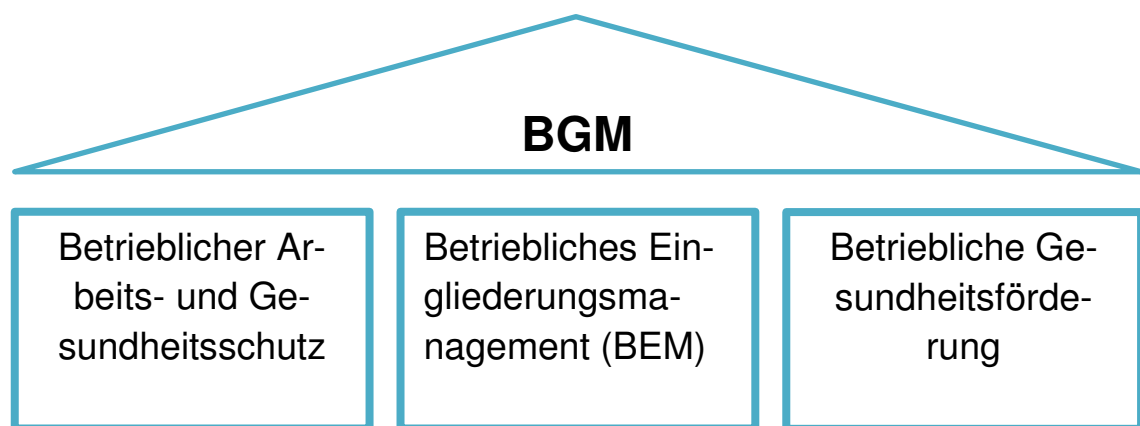


Abbildung 3: Säulen des BGM. Quelle: Eigene Darstellung

2.3.1 Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die rechtliche Grundlage und damit das wichtigste Gesetz für Organisationen in einem gegenwärtigen Gesundheitsmanagement bildet der A&G. Er dient dazu den Gesundheitsschutz und die Sicherheit der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu gewährleisten und zu verbessern.³⁶ Solche Maßnahmen sind beispielsweise die Verhinderung bzw. Beseitigung von Unfallursachen, die Möglichkeit einer Ersten Hilfe Versorgung, sowie die sicherheitstechnische Unterweisung.³⁷

Diese Anordnungen standen und stehen auch heute noch im Mittelpunkt der Sicherheitsbestrebungen von Betrieben, allerdings ist das Anforderungsgebiet seit der Erlass-

³³ Vgl. Schneider, 2011: S. 19

³⁴ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 265

³⁵ Vgl. Salvaggio, 2007: S. 7

³⁶ Vgl. Rimbach, 2013: S. 46

³⁷ Vgl. Ueberle in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 286

sung des Gesetzes im Jahr 1996 um weitere Prinzipien erweitert worden, die stärker an die Verfahren des Qualitätsmanagements angelehnt sind, wie z.B. die Prävention von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Ziel ist es eine systematisch ausgerichtete Arbeitsschutzpolitik zu entwickeln und umzusetzen, bei der es nicht mehr alleine um Schädigungslosigkeit, Erträglichkeit, Zumutbarkeit und Beeinträchtigungsfreiheit geht, sondern vielmehr um die Gestaltung persönlichkeitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Dies verdeutlicht, dass sich die Aufgaben des betrieblichen A&G heute bereits eng mit denen der Gesundheitsförderung verknüpfen.³⁸

2.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die BGF liegt der Definition der „Ottawa-Charta“ zugrunde, die im vorangegangenen Abschnitt der Begriffsentwicklung bereits aufgeführt wurde. Die BGF entstand aus einem neuen Paradigma der Gesundheitspolitik heraus,³⁹ mit dem Ziel die Gesundheit durch die Arbeit und in der Arbeit zu fördern und zu erhalten.⁴⁰ Grundlage ist die Annahme, dass Menschen über Ressourcen verfügen um sich selbst aktiv gesund zu halten, dass im sog. salutogenetische Gesundheitsmodell nach Aaron Antonovsky festgehalten ist.⁴¹ Er entwickelte den Begriff der „Salutogenese“ (Gesundheitsentwicklung) und beschäftigte sich mit der Frage was den Menschen krank mache, wandelte diese um und begann zu hinterfragen was den Menschen weniger krank und trotz mannigfaltiger Belastungen gesund halte.⁴² Ferner ist Gesundheit kein Zustand, sondern hat Prozesscharakter, der durch persönliche Fähigkeiten gesteuert werden kann und ein Leben lang anhält.⁴³

In den Unternehmen müssen nachhaltige Strukturen und Prozesse vorhanden sein, die betriebliche Gesundheitsförderung ständig vorantreiben.⁴⁴ Die Durchführung dieser Strukturen und Prozesse beschreibt die BGF, den Rahmen und damit das Vorhandensein solcher, das BGM. Dies zeigt zum einen den Unterschied zwischen den beiden Begriffen, verdeutlicht aber auch, wie sie zusammenhängen und wie abhängig sie voneinander sind.

³⁸ Vgl. Rimbach, 2013: S. 46

³⁹ Vgl. Huber in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 68

⁴⁰ Vgl. Rimbach, 2013: S. 55

⁴¹ Vgl. Huber in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 68

⁴² Vgl. Uhle/Treier, 2011: S. 369

⁴³ Vgl. Brunnett, 2009: S. 7

⁴⁴ Vgl. Huber in Esslinger/Emmert/Schöffski (Hrsg.), 2010: S. 69

Unter einem solchen Prozess auf den die Gesundheitsförderung abzielt, versteht man dem Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über seine Gesundheit zu ermöglichen. Damit wird er befähigt sein Gesundheitspotential zu entwickeln, um dadurch Verbesserungen an seiner Gesundheit zu verwirklichen. Die BGF stellt einerseits durch eine Stärkung des Gesundheitsbewusstseins Anforderungen an den Menschen selbst, andererseits aber auch an die Organisation, gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen zu gestalten. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen sich zum einen auf betriebsinterne Ressourcen, wie z.B. die Selbstwirksamkeit in der der Mitarbeiter erkennen soll wann und wodurch seine Gesundheit gefährdet ist, damit er eigene Gesundheitskompetenzen entwickeln kann um sie dann zur Belastungsbewältigung und zum Belastungsabbau zu nutzen. Zum anderen beziehen sie sich auf außerbetriebliche Ressourcen wie z.B. die Arbeitsgestaltung und das Führungsverhalten. Es soll also nicht alleine das Verhalten des Menschen geändert werden, z.B. durch das Angebot von Rückenschulen, Ernährungsberatungen oder bewegungsreicher Pausengestaltung, sondern auch die Verhältnisse, also die Verbesserung der Arbeitssituation.⁴⁵

Da der Druck auf die Beschäftigten durch den immer hektischeren Alltag wächst und die Konkurrenz größer ist als je zu vor, haben die psychischen Erkrankungen in den letzten 40 Jahren linear zugenommen und werden in den kommenden Jahren noch weiter steigen.⁴⁶ Diese nehmen bereits heute mit 16,8% den zweiten Rang an allen krankheitsbedingten Fehltagen hinter den Muskel-Skelett-Erkrankungen ein.⁴⁷ Um diesem Trend entgegenzuwirken bedarf es allerdings weitaus mehr als einzelne Maßnahmen wie z.B. der Bereitstellung von kostenfreiem Obst, Rückenmassagen oder ergonomisch geformten Schreibtischstühlen. Weiter entstehen diese Einzelmaßnahmen meistens aus einem spontanen Aktionismus heraus, da bspw. gerade genug Budget für ein hauseigenes Fitnessstudio vorhanden ist, wobei auf der anderen Seite das Geld für weitaus sinnvollere Anordnungen wie Suchtberatung o.ä. fehlt. Dies bedeutet, dass erfolgreiche Strategien entwickelt werden müssen, die das Gesundheitsverhalten des Einzelnen langfristig verbessern, da solche konzeptlosen Bemühungen aufgrund von mangelnder Nachhaltigkeit zum Scheitern verurteilt sind.⁴⁸ Laut dem § 20a aus dem SGB V ist die Krankenkasse außerdem gesetzlich dazu verpflichtet den Betrieben bei

⁴⁵ Vgl. Rimbach, 2013: S. 55ff.

⁴⁶ Vgl. Uhle/Treier, 2011: S.23

⁴⁷ Vgl. Wieland, 2009: S. 1 [14.04.2014]

⁴⁸ Vgl. Jussen, 2014 [16.04.2014]

der Einarbeitung solcher gesundheitsförderlicher Strukturen unter die Arme zu greifen.⁴⁹

Anhand dieser Beispiele wird deutlich, dass das BGM die strukturellen Rahmenbedingungen für einen nachhaltigen Erfolg in der BGF bildet. Zielgruppe der Gesundheitsförderung sind alle Mitarbeiter eines Betriebes.⁵⁰

Ohne den traditionellen A&G wäre eine betriebliche Gesundheitsförderung nicht möglich, da sich die BGF aus dem A&G gebildet hat, wie bereits in der „Entwicklung“ zu Beginn des Kapitels ausführlich dargelegt. Dennoch bestehen wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Bereichen. Während sich der A&G primär mit der Vermeidung von Unfällen sowie der Prävention von Berufskrankheiten beschäftigt,⁵¹ geht die betriebliche Gesundheitsförderung noch etwas weiter und konzentriert sich auch auf die salutogenen, also gesundheitsfördernde Faktoren in der Arbeit. Es geht demzufolge um die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und nicht mehr alleine um die Vermeidung von Risikofaktoren.⁵²

In der Literatur gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, ob der Begriff der Prävention mit dem Begriff der Gesundheitsförderung gleichzusetzen ist. Diese Problematik verdeutlicht sich auch darin, wenn man die eben analysierten Begriffe des A&G und der BGF zur Betrachtung zieht. Allerdings kann der A&G durchaus als Präventionsmaßnahme gesehen werden, da dieser die Vermeidung einer Krankheit zum Ziel hat. Wie im vorigen Absatz beschrieben haben die beiden Begriffe sowohl Gemeinsamkeiten, grenzen sich aber ebenso voneinander ab. Deshalb soll an dieser Stelle der Präventionsbegriff genauer erläutert werden.

Der Begriff „Prävention“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „zuvorkommen“, im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff entsteht daraus also „einer Krankheit zuvor kommen“. Dabei kann der Ausdruck in Bezug auf den Zeitpunkt in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention klassifiziert werden.⁵³ Primärprävention setzt ein, noch bevor Anzeichen einer Erkrankung zu sehen sind, sprich sie umfasst alle Maßnahmen die dem Entstehen von Krankheit vorbeugen. Beispiele sind Verhaltensmaßnahmen die ein Erkrankungsrisiko verhindern, wie z.B. den Gurt beim Autofahren anlegen, ver-

⁴⁹ Vgl. Lück/Macco/Stallauke in Badura/Schröder/Klose/Macco, 2010: S. 37

⁵⁰ Vgl. Schneider, 2011: S. 20

⁵¹ Vgl. Emmermacher, 2008: S. 13

⁵² Vgl. Ducki, 2000: S. 21ff.

⁵³ Vgl. Steinbach, 2007: S. 43ff.

nünftige Ernährung sowie körperliche Betätigung.⁵⁴ Zielgruppe sind gesunde Personen. Die Sekundärprävention setzt ein, wenn bereits Anzeichen einer Erkrankung vorliegen, d.h. sie beinhaltet alle Maßnahmen, die einer Verschlimmerung entgegenwirken und die das Wiederauftreten eines Krankheitsbildes verhindern sollen. Sie richtet sich an alle Personen die sich im Frühstadium einer Krankheit befinden, oder ein erneutes aufkeimen derselben vermeiden wollen.⁵⁵ Tertiärprävention greift erst dann, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Ziel ist eine Minimierung der Folgeschäden, oder die Vermeidung eines erneuten Rückfalls, so spricht man auch von Rückfallverhütung. Eine Maßnahme kann bspw. die Beratung von Diabetikern sein, wie diese ihre Diät am besten einhalten können.⁵⁶

Der größte Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung liegt in der Spezifität. So bezieht sich die Prävention auf bestimmte Krankheiten oder Risiken, während die Gesundheitsförderung allgemeiner auf die Stärkung der Lebensfähigkeit und die Verbesserung der Verhältnisse setzt. Im Weiteren beschäftigt sich diese mit der Frage was Menschen gesund mache (salutogenetischer Ansatz), wobei die Prävention eher der Frage nachgeht, was die Menschen krank mache (pathogenetischer Ansatz).⁵⁷

⁵⁴ Vgl. Schneider in Rosenkranz/Schneider/Erdmann, 2006: S. 40

⁵⁵ Vgl. Schneider, 2011: S. 24

⁵⁶ Vgl. Steinbach, 2007: S. 45

⁵⁷ Vgl. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2004: S. 8

Dies soll in nachfolgendem Schaubild verdeutlicht werden:

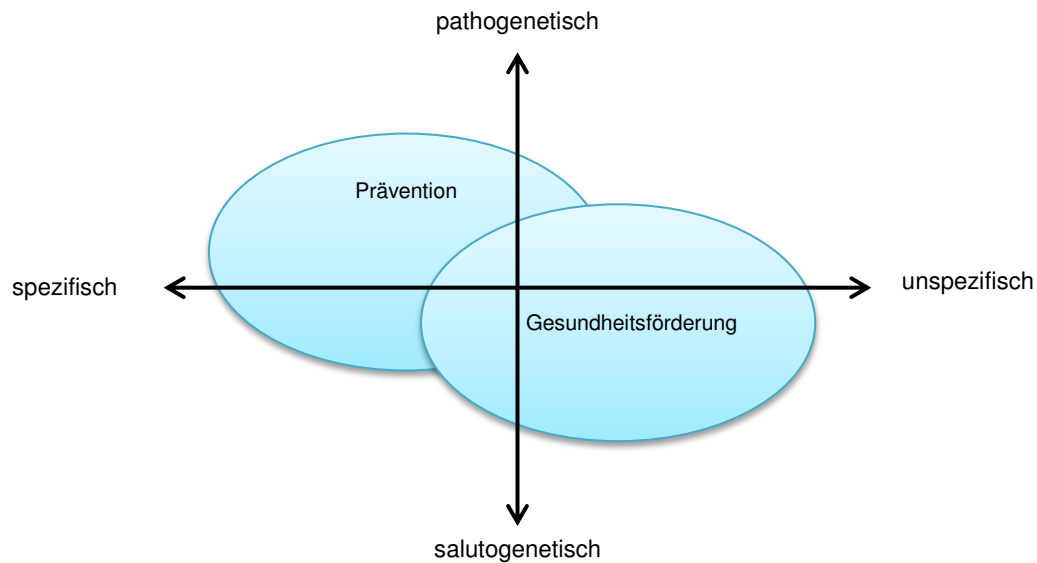


Abbildung 4: Verhältnis Prävention zu Gesundheitsförderung im BGM. Vereinfachte Darstellung in Anlehnung an: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2004: S. 9

Es ist zu erkennen, dass die beiden Bereiche sich in einem bestimmten Korridor überschneiden und ineinander greifen. Prävention erfolgt daher nie ohne die Gesundheit zu fördern und Gesundheitsförderung findet nie statt, ohne Maßnahmen der Prävention aufzugreifen.

2.3.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) legt die Grundlage, um im Betrieb präventiv handeln zu können.⁵⁸ Viele Betriebe wissen mit dem Gesetz, dass am 1. Mai 2004 vom Gesetzgeber als verpflichtend für den Arbeitgeber erlassen wurde, nichts anzufangen oder ignorieren dieses grundlegend. Dabei bestehen große Chancen und zwar nicht nur für den Arbeitnehmer, sondern auch der Arbeitgeber kann hiervon profitieren. In diesem Zusammenhang taucht auch der englische Begriff „return-to-work“ auf, was auf internationaler Ebene so viel bedeutet, wie Mitarbeitern die längerfristig arbeitsunfähig sind einen Weg zurück ins Arbeitsleben zu ermöglichen.⁵⁹

⁵⁸ Vgl. Rimbach, 2013: S. 51

⁵⁹ Vgl. Mehrhoff in Badura/Schnellschmidt/Vetter, 2007: S. 127

Mit genau diesem Anliegen beschäftigt sich das BEM und dies bezieht sich bei weitem nicht nur auf schwerbehinderte oder von Behinderung bedrohte Personen, sondern auf alle Mitarbeiter die insgesamt sechs Wochen oder länger innerhalb von 12 Monaten erkrankt sind.⁶⁰ Die gesetzliche Grundlage ist im § 84 Abs. 2 des SGB IX geregelt. In genauem Wortlaut heißt es dort:

*„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessensvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeit, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden wird und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement)“.*⁶¹

Die Grundlage für diese Regelung liegt in der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Arbeitsverdichtung. Immer häufiger kommt es zu gesundheitlichen Problemen bei Beschäftigten, die im direkten Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen stehen, dabei führt vor allem die Kombination aus psychischen und physischen Erkrankungen zu einem erhöhten Krankheitsrisiko, das chronische Erkrankungen oder sogar Behinderungen zur Folge haben kann.⁶²

Außerdem soll das BEM dazu beitragen, dass krankheitsbedingte Kündigungen vermieden werden, da es die Rentensysteme zunehmend erschweren, Arbeitnehmer in die Abhängigkeit von Sozialleistungen zu überführen. Das BEM entlastet somit die Sozialversicherungen, beugt Schwerbehinderung vor und erhöht die Beschäftigungschancen dieser, denn umso länger erkrankte Mitarbeiter arbeitsunfähig sind, desto länger dauert eine Reintegration. Dies gilt, auch wenn diese Regelung zur Teilhabe und Rehabilitation schwerbehinderter Menschen im SGB IX geregelt ist, für alle Beschäftigten einer Institution. Dem Betroffenen wird des Weiteren auch ein Selbstbestimmungsrecht zugesprochen, er hat somit die Möglichkeit ein BEM jederzeit abubrechen oder ganz abzulehnen, was an der Formulierung „mit Zustimmung der betroffenen Person“ zu erkennen ist.

Dabei verfolgt das BEM unterschiedliche Ziele, die sich auf kurz-, mittel- und langfristige Ziele konkretisieren lassen. Zu der kurzfristigen Zielsetzung gehört primär das

⁶⁰ Vgl. Rimbach, 2013: S. 51

⁶¹ Vgl. Berner, 2008: S. 3

⁶² Vgl. Rimbach, 2013: S. 51

Überwinden der bestehenden Arbeitsunfähigkeit, aber auch das Vorbeugen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit, sowie das Vermeiden von krankheitsbedingter Kündigung zählen hier hinzu. Die dauerhafte Sicherung des Arbeitsplatzes, die Vermeidung von Behinderungen inklusive chronischer Erkrankungen, das Erhalten und Fördern der Gesundheit und das Verankern des BEM in der Gesundheitspolitik des Unternehmens sind hingegen Ziele, die auf mittel- oder langfristiger Ebene erreicht werden sollen.⁶³ Allerdings wurden genaue Angaben zur Umsetzung vom Gesetzgeber ausgelassen,⁶⁴ so liegt es beim Arbeitgeber selbst wie er das Verfahren umsetzt. Die Grundlage bildet meistens eine Betriebsvereinbarung, in der der wesentliche Ablauf, die Verantwortlichkeiten oder die Aufbewahrung der personenbezogenen Daten festgelegt ist.⁶⁵

Wie eingangs schon in Erwägung gezogen bestehen mit dem BEM große Chancen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer, so dass beide Parteien von einem Solchen profitieren würden. Deutlich wird dies am Schaden, der durch das Fernbleiben der Beschäftigten am Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen verursacht wird. So betrugen die Kosten des Produktionsausfalls der gesamten Volkswirtschaft Deutschland aus dem Jahr 2004, gemessen an den Lohnkosten, rund 40 Mrd. Euro bei Berücksichtigung des Ausfalls an Bruttowertschöpfung sogar rund 70 Mrd. Auf den einzelnen Arbeiter bezogen, bedeutet das einen Wert von ca. 2000€/Erwerbstätigem pro Jahr.⁶⁶ Daraus geht hervor, dass die Betriebe erhebliche Kosten sparen würden, da bei einem Ausfall des Beschäftigten Folgekosten durch Entgeltfortzahlungen und Vertretung anfallen. Für den Arbeitnehmer bedeutet diese Prävention, dass ein Verlust des Arbeitsplatzes verhindert wird und chronisch Kranken oder behinderten Menschen kann so die Möglichkeit gegeben werden sich wieder einzugliedern. In Zeiten des ständigen Konkurrenzdrucks wird dem Mitarbeiter durch die ständige Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses ein Gefühl von Sicherheit gegeben, dass jeglichen Druck und das damit verbundene Leid von ihm nimmt.⁶⁷

War der Prozess eines BEM-Verfahrens nicht erfolgreich, so muss eine krankheitsbedingte Kündigung seitens des Arbeitgebers bei Klage von dem Arbeitsgericht geprüft werden. Laut Gesetzestext wird bei Ignoranz zwar kein Bußgeld ausgehändigt, da keine gesetzlichen Sanktionen vorhanden sind, dennoch muss der Arbeitgeber nachwei-

⁶³ Vgl. Rimbach, 2013: S. 52

⁶⁴ Vgl. Berner, 2008: S. 1

⁶⁵ Vgl. Weinreich/Weigl, 2011: S. 161

⁶⁶ Vgl. B. Körper et al., 2006: S. 4 [12.04.2014]

⁶⁷ Vgl. Berner, 2008: S. 12

sen, dass er präventiv alles zur Erhaltung des Arbeitsverhältnisses getan hat.⁶⁸ Dies kann z.B. beinhalten, dass der Arbeitsplatz für den gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter so umgestaltet wurde, dass dieser wieder aktiv am Arbeitsleben teilnehmen kann, oder dass ihm neue Tätigkeitsfelder zugeschrieben wurden.⁶⁹

Kritisch wird das BEM gerade von Kleinbetrieben betrachtet. Diese bemängeln eine fehlende fachkundige Beratung und externe Unterstützung, da sonst ein zu großer Aufwand auf sie zukommen würde. Das BEM bietet außerdem bei fehlenden alternativen Arbeitsmöglichkeiten keine Lösung, wenn es um die Integration von älteren oder erkrankten Mitarbeitern geht.⁷⁰

Da die Meinungen über das BEM als Säule des BGM auseinander gehen und es auch in der Literatur unterschiedliche Auffassungen über die Zusammensetzung eines ganzheitlichen BGM gibt,⁷¹ wurde das BEM in der Mitte des Gebildes gewählt. Damit kann es beliebig gegen eine andere Komponente ausgetauscht werden, ohne dass das Konstrukt in sich zusammen fallen würde. Eine vollständige betriebliche Gesundheitspolitik muss also sowohl präventive Gesundheitsmaßnahmen, Mittel zur Milderung von Gefahren der Arbeitsunfähigkeit, als auch gesundheitsfördernde Maßnahmen enthalten.⁷²

Der Präventionsbegriff wurde im vorherigen Gliederungspunkt bereits näher erläutert. Hier soll noch einmal abschließend genauer verdeutlicht werden, dass neben den Primär- und Sekundärpräventionsansätzen, die sich im A&G und der betrieblichen Gesundheitsförderung kennzeichnen, die Tertiärprävention in Form des BEM als betriebliche Verpflichtung eingeführt wurde.⁷³ Auch hier gibt es kritische Ansatzpunkte. Als Beispiel ist der Präsentismus zu nennen. Unter dem genannten Präsentismus versteht man die Anwesenheit eines Mitarbeiters am Arbeitsplatz trotz Krankheit. Folge ist eine erhöhte Unfallgefahr, Konzentrationsschwäche, eine steigende Fehleranfälligkeit und eine Minderung der Leistungsfähigkeit. Dieses Phänomen kann sich zu einem erheblichen Kostenfaktor für die Unternehmen herausstellen, da er sich nur indirekt durch Gesundheitsbefragungen bestimmen lässt und nicht zu den üblichen Fehlzeiten

⁶⁸ Vgl. Mehrhoff in Badura/Schnellschmidt/Vetter, 2007: S. 130

⁶⁹ Vgl. Flato/Reinbold-Scheible, 2008: S. 169

⁷⁰ Vgl. Niehaus/Vater in Badura/Schröder/Macco/Klose, 2010: S. 192

⁷¹ Vgl. Slesnia/Bohley in Schott/Iornberg, 2011: S. 622

⁷² Vgl. Hetzel, 2012: S. 24

⁷³ Vgl. Knoche/Schröder in Hallier/Letzel/Nowak, 2013: S. 100

addiert werden kann. Schätzungen besagen, dass ca. 60% der Gesundheitskosten dem Präsentismus geschuldet sind.⁷⁴

2.4 Kernfaktoren für den Erfolg

2.4.1 Gesundheit als Teil der Unternehmenskultur

Unter Unternehmenskultur versteht man die Gesamtheit aller Werte, Verhaltensweisen und Verhaltenserwartungen eines Unternehmens.⁷⁵ Das bedeutet, dass viele Handlungs- und Entscheidungsprozesse der Mitarbeiter hiervon gelenkt werden und nach dieser sie unbewusst handeln.⁷⁶ Daran kann man erkennen, dass sich in Organisationen Selbstverständlichkeiten über Jahre entwickelt haben in denen z.B. jede Partizipation der Personalebene weiß, wie man Probleme angehen muss, ohne dass diese Regelungen vorher ausgesprochen wurden.⁷⁷ Da das Verhalten der Beschäftigten auf allen Stufen und Ebenen der Organisation durch die Kultur beeinflusst wird,⁷⁸ ist es umso wichtiger, dass die Gesundheit mit anderen Teilbereichen dieser Leitlinien gleichgesetzt ist und als Ziel gleichermaßen realisiert werden sollte. Daraus entwickelt sich ein Verständnis für die sog. Gesundheitskultur. Sie ist ein Segment der Unternehmenskultur und vereint die Relevanz und Sinnhaftigkeit des Themas „Gesundheit“, gemessen an den Werten und Einstellungen aus Sicht der Beschäftigten, in einem Betrieb.⁷⁹ Leistungsfähige, gesunde und motivierte Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital eines Unternehmens⁸⁰ und so werden sie in einer Organisation mit gesundheitsförderlicher Kultur nicht als Kostenfaktor, sondern als zentrale Ressource für den Erfolg angesehen. Vor allem Führungskräfte sind für die Entwicklung einer solchen Gesundheitskultur verantwortlich, da sie direkt auf das Verhalten der Beschäftigten einwirken und durch das Setzen von Gesundheitsnormen dieses zusätzlich beeinflussen.⁸¹

2.4.2 Vorbildfunktion des Managements

⁷⁴ Vgl. Uhle/Treier, 2011: S. 367

⁷⁵ Vgl. Westermayer/Stein, 2006: S. 147

⁷⁶ Vgl. Dausend, 2008: S. 5

⁷⁷ Vgl. Elke in Uhle/Treier, 2011: S. 147

⁷⁸ Vgl. Neuberger & Kompa, 1987 in Dausend, 2008: S. 5

⁷⁹ Vgl. Elke in Uhle/Treier, 2011: S. 148 und S. 363

⁸⁰ Vgl. Weber in Schneider, 2011: S. 8

⁸¹ Vgl. Elke in Uhle/Treier, 2011: S. 150 und S. 363

Die Art und Weise wie sich Führungskräfte verhalten, kann sich positiv oder negativ auf das Wohlbefinden des Mitarbeiters auswirken, sie haben damit einen direkten Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten. Durch Gespräche und Anweisungen steuern sie das Verhalten ihrer Mitarbeiter im persönlichen Kontakt, können aber auch indirekt das gesundheitsgerechte Verhalten, z.B. durch die Arbeitsplatzgestaltung, fördern und fordern, allerdings ebenso beeinträchtigen oder behindern. Bindet ein Vorgesetzter den Mitarbeiter bei Entscheidungen mit ein, legt er sehr viel Wert auf einen freundlichen Umgang untereinander, oder unterstützt er ihn in seinen Handlungen, so wirkt sich dieser mitarbeiterorientierte Führungsstil positiv auf die Beschäftigten aus. Hat der Mitarbeiter jedoch den Eindruck er wird ständig kontrolliert und überwacht, oder herrscht zwischen ihm und seinem Vorgesetzten ein schlechtes Verhältnis, so wirkt sich dieser bestrafende Führungsstil negativ auf den Gesundheitszustand aus. Kernaufgabe des Managements ist es daher das Verhalten ihrer Mitarbeiter im Sinne der jeweiligen Unternehmensziele, inklusive der Gesundheit, zu steuern und zu koordinieren.⁸²

Hiermit wird deutlich, dass das BGM eine Aufgabe des Managements ist, denn so lange sich die Vorgesetzten nicht absolut mit der Idee dessen identifizieren, so lange laufen alle Einzelmaßnahmen Gefahr gestoppt zu werden oder sich zu verlieren. Den Führungskräften werden dabei mehrere Rollen zugeschrieben. Sie müssen zum einen ihrer Vorbildfunktion gerecht werden, denn gerade beim direkten Kontakt wird der Mitarbeiter durch eine Vielzahl von Aussagen, Handlungen und sogar nonverbalen Signalen in seinem Gesundheitsverhalten beeinflusst. Daraus resultiert die Art und Weise des Führens, denn ein gewisser Führungsstil kann sowohl die Gesundheit fördern, als auch krank machen. Somit ist er ein zentrales Element des erfolgreichen Gesundheitsmanagements. Zum anderen müssen Führungskräfte die Aufgaben der Gesundheitsförderung in ihre täglichen und komplexen Arbeitsprozesse miteinfließen lassen. Langfristig können sie dadurch dafür sorgen, dass eben diese als Unternehmenswert in die strategischen Entscheidungen mit einbezogen und eine feste Einflussgröße in der Personal- und Organisationsentwicklung werden. Unter dem hohen Druck gefährden sie auch ihre eigene Gesundheit, denn sie selbst wirken schon durch ein gesundes Selbstmanagement auf ihre Mitarbeiter.⁸³

In folgendem Schaubild sollen diese vier Wirkungsweisen noch einmal verdeutlicht werden:

⁸² Vgl. Elke in Uhle/Treier, 2011: S. 150ff.

⁸³ Vgl. Schneider, 2011: S. 85ff.

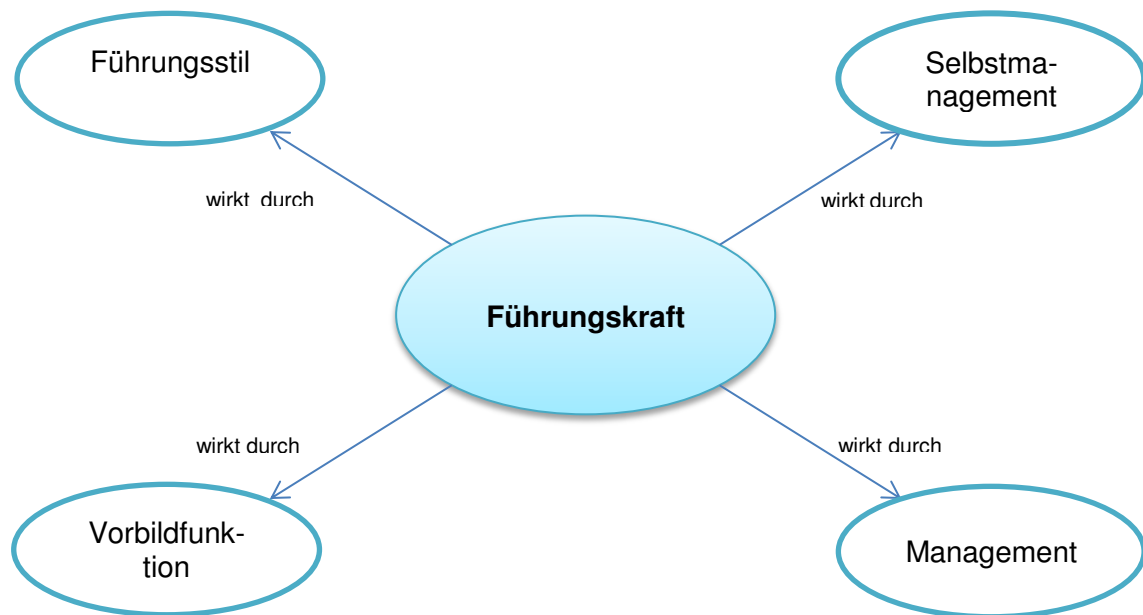


Abbildung 5: Wirkung von Führungskräften. Quelle: Schneider, 2011: S. 87

2.4.3 Einbindung des Mitarbeiters

Von Beginn an ist die Einbindung der Mitarbeiter in den strategischen Ablauf eines BGM-Systems sehr wichtig, da sie zum einen die Zielgruppe von dessen Maßnahmen bilden und zum anderen die Akzeptanz im Betrieb steigern können.⁸⁴ Oftmals sind Veränderungen mit Widerständen verbunden denen durch ein partizipatives Vorgehen entgegen gewirkt werden soll. Solch ein Vorgehen drückt sich in Maßnahmen wie z.B. der Arbeitssituationsanalyse, regelmäßigen Teambesprechungen, sowie Gesundheitszirkeln und –workshops aus. Hierdurch wird Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten ausgedrückt, was zu einem positiven Erleben von Veränderungen führt, da die Mitarbeiter ein gemeinsames Gesundheitsverständnis und Problembewusstsein entwickeln. Die Verknüpfung der „top-down“ und „bottom-up“-Strategie führt dazu, dass eine Identifikation mit den veränderten Inhalten stattfindet, weil die Beschäftigten dazu befähigt werden die Neugestaltung ihrer Arbeitssituation zu tragen, was die Entwicklung einer gesünderen Organisation zur Folge hat. Zusätzlich kann auf diese Art und Weise das Fachwissen genutzt werden und zu einem inhaltlich besseren Resultat beitragen,⁸⁵ da die gesundheitsbezogenen Herausforderungen von den Experten vor Ort am besten eingeschätzt und bewältigt werden können. Es ist von enormer Bedeutung die Mitarbeiter nicht nur bei der Einführung eines BGM zu betei-

⁸⁴ Vgl. Stumpf, 2012: S. 56f.

⁸⁵ Vgl. Rimbach, 2013: S. 146f. und S. 338f.

gen, sondern ihre Eigeninitiative und Eigenverantwortung zu fördern und zu unterstützen. Die Beschäftigten müssen sich nun intensiver mit Fragen zu ihrer Gesundheit auseinander setzen und Verantwortung für diese übernehmen und zwar nicht nur für ihre eigene, sondern auch für die in ihrem Arbeitsbereich. Jedoch muss dies auf freiwilliger Basis erfolgen und aus Überzeugung stattfinden. Um die ausgesprochenen Ziele zu erreichen, muss das Unternehmen die gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen stellen und Führungskräfte ihrer im vorangegangenen Punkt zugeschriebenen Rollen gerecht werden.⁸⁶

2.4.4 Implementierung

Um der Kurzatmigkeit eines BGM-Systems entgegen zu wirken muss das Schema in den organisatorischen Strukturen der Institution verankert werden.⁸⁷ Eine solche Möglichkeit bietet sich mit dem Unternehmensleitbild, da hier einzelne Maßnahmen des BGM gezielt und systematisch realisiert werden. Die Umsetzung geschieht in Form einer Strategieformulierung, die mit vorgeschriebenen Schritten und Zielen zu erreichen ist.⁸⁸ Solche inhaltlichen Ziele sind beispielsweise die Stärkung des Sozial- und Humankapitals, die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden, oder die Verbesserung der Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit.⁸⁹

Um das BGM auf eine verbindliche Basis zu stellen, bedarf es schriftlichen Vereinbarungen in Form einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung. Sie fixiert die abgestimmten Ziele und Verfahrensweisen und legt Kompetenzen, Ressourcen und Zuständigkeiten fest. In ihr ist auch das gemeinsame Gesundheitsverständnis definiert, sowie die nachhaltige Sicherung bereits integrierter Prozesse und Strukturen in den betrieblichen Routinen.⁹⁰

Für die dauerhafte Steuerung und als treibende Kraft der betrieblichen Gesundheitsarbeit ist die Einführung eines Lenkungsausschusses z.B. in Form eines Arbeitskreises Gesundheit erforderlich. Das Gremium definiert konkrete Projekte und Maßnahmen, legt Periodenziele fest und bewertet Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des BGM. Außerdem ist es für die kontinuierliche Verbesserung dessen verantwortlich und arbei-

⁸⁶ Vgl. Uhle/Treier, 2011: S. 153

⁸⁷ Vgl. Uhle/Treier, 2011: S. 171

⁸⁸ Vgl. Rudow, 2011: S. 227f.

⁸⁹ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 148f.

⁹⁰ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 150

tet der Organisationsleitung zu.⁹¹ Daher sollten folgende Akteure dem Ausschuss angehören: Personal- bzw. Betriebsrat, das Management bzw. Führungskräfte, betriebliche Gesundheitsexperten wie z.B. der Betriebsarzt oder eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, das Personalmanagement, das Sozialwesen sowie ein externer Partner wie die Krankenkasse, der bei Bedarf hinzu gezogen werden kann.⁹²

Um die Glaubwürdigkeit und die Akzeptanz eines BGM-Systems zu steigern ist es notwendig adäquate Ressourcen bereit zu stellen. Die handelnden Akteure müssen über ein ausreichendes zeitliches Inventar verfügen, um ihre Aufgaben professionell bewältigen zu können. Dabei geht es auch um die Bereitstellung der finanziellen Mittel, um zum einen Projekte und Maßnahmen finanzieren zu können⁹³ und um zum anderen das Konzept gut in den Köpfen der Mitarbeiter zu verankern. Eine mangelnde Finanzplanung kann dazu führen, dass bereits begonnene Projekte gestoppt werden müssen und getätigte Investitionen im Sand versickern, ohne eine nachhaltige Wirkung erzeugt zu haben. Zusätzlich kommen der Frust und die Enttäuschung der Mitarbeiter über nicht konsequent zu Ende gebrachte Maßnahmen hinzu, was sich bei allen zukünftigen Neuauflagen als Risikofaktor herausstellen kann, da das Vertrauen in Projekte dieser Art verloren gegangen ist. Daher sollte das Budget im besten Fall nicht nur Mittel für die Evaluation, die Planung und die Maßnahmen beinhalten, sondern auch Mittel für das interne Marketing.⁹⁴ Unter internem Marketing versteht man die fortlaufende und systematische Kommunikation im Unternehmen darüber, was bisher erreicht wurde und was noch erreicht werden soll. Es ist von großer Bedeutung, um die betroffenen Mitarbeiter von Beginn an in angestoßene Prozesse mit einzubeziehen und um das BGM im Unternehmen insgesamt bekannt zu machen. Geeignete Verfahren dieser Kommunikation wären z.B. Gesundheitstage, Infobroschüren oder das Intranet.⁹⁵

2.5 Basisabläufe

Im Mittelpunkt der strategischen Vorgehensweise des BGM steht ein Regelkreis mit den vier Kernprozessen Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Er orientiert sich an dem PDCA-Zyklus, wobei die einzelnen Buchstaben für Plan (planen), Do

⁹¹ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 150

⁹² Vgl. Rudow, 2011: S. 224f.

⁹³ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 151

⁹⁴ Vgl. Schneider, 2011: S. 143

⁹⁵ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 154f.

(durchführen), Check (überprüfen), Act (verbessern) stehen.⁹⁶ Folgender Kreislauf soll dies verdeutlichen:

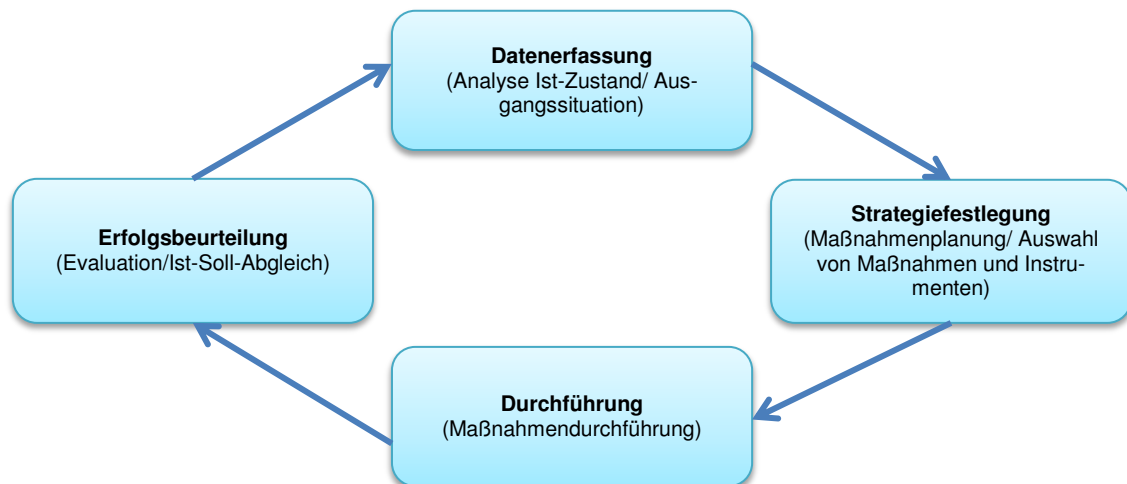


Abbildung 6: Kernprozesse des BGM. In Anlehnung an: Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 155

Ist die gesundheitliche Situation der Beschäftigten im Rahmen einer Diagnose erfasst (Ist-Zustand) werden im Rahmen der Strategiefestlegung ziel- bzw. ergebnisorientierte Maßnahmen ausgewählt. Im Anschluss an die Maßnahmendurchführung erfolgt eine Beurteilung des Erfolgs, d.h. ein Abmessen zwischen den angestrebten Zielen und Ergebnissen (Soll-Ist-Vergleich). Dieser Lernzyklus gewährleistet das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung.⁹⁷ Im Folgenden werden die einzelnen Phasen vorgestellt.

2.5.1 Datenerfassung

In der Datenerfassung bzw. der Diagnose wird der Grundstein für die späteren Handlungsfelder gelegt. Auf ihrer Grundlage werden die messbaren Zielparameter für die spätere Maßnahmendurchführung und die darauf folgende Evaluation bestimmt. Eine weitere Grundlegende Funktion ist die systematische Erfassung des psychischen und

⁹⁶ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 155

⁹⁷ Vgl. Holzträger, 2012: S. 124

physischen Gesundheitszustandes der Beschäftigten und ihren Arbeitsbedingungen, woraus der prioritäre Handlungsbedarf abgeleitet werden kann.⁹⁸

Im ersten Schritt, der Grundlagenanalyse, werden die Personalinformationen der Organisation zusammen getragen, woraus sich ein Überblick über die Mitarbeiterstruktur nach Abteilungen ergibt. Kriterien hierbei können z.B. Geschlecht, Alter, Qualifikation oder Umfang der Arbeitszeit sein. Dabei werden Zusammenhänge zwischen der krankheitsbedingten Abwesenheit von Mitarbeitern und den jeweiligen Abteilungen erstellt und nach Auffälligkeiten untersucht.⁹⁹

Einen ersten Überblick über den Gesundheitszustand der Beschäftigten erhält das Unternehmen von den Gesundheitsberichten der Krankenkassen. Zwar können die Organisationen selbst Abwesenheitsquoten erstellen, erhalten aus Datenschutzgründen jedoch keinen Einblick in die Krankheitsursachen. Bei den Krankenkassen liegen diese Informationen vor. Die erfassten Arbeitsunfähigkeitsdaten werden dann z.B. nach Abteilungen gegliedert und dem Betrieb anonymisiert zur Verfügung gestellt. Unter den ermittelten Angaben finden sich dann bspw. die Anzahl und Dauer der krankheitsbedingten Fehlzeiten, Krankheitsarten, oder soziodemografische Merkmale wie Alter und Geschlecht. Das Unternehmen kann daraus Vermutungen ableiten, aus denen künftige Maßnahmen für den weiteren Analyseverlauf gezogen werden können. Von großer Bedeutung für das BGM sind die Fakten, die in direktem Zusammenhang mit der Art der Tätigkeit stehen, da hier betriebliche Ursachen vermutet werden können. Weiter kann dieser Report einen Vergleich mit anderen Organisationen beinhalten.¹⁰⁰ Es ist allerdings notwendig, dass ein bestimmter Teil der Beschäftigten bei der berichterstellenden KK versichert ist, um die Aussagekräftigkeit des Berichts zu gewährleisten. Problematisch ist, dass diese Bedingung meist nur von einer Betriebskrankenkasse erfüllt wird. Auch stimmt die Fehlzeitenstatistik meist nicht mit der des Unternehmens überein, da nicht alle Fehlzeiten der Krankenkasse mitgeteilt werden. Dennoch sind diese Erhebungen ein wichtiges Instrument um Informationen über die Art der Beschwerden der Mitarbeiter zu erlangen. Sie bilden damit die Basis für weitere vertiefende Analysen.¹⁰¹

Um detaillierte Informationen über den Gesundheitszustand des Personals zu erlangen bietet sich eine direkte Mitarbeiterbefragung an. Diese Umfragen können als Fragebo-

⁹⁸ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 156

⁹⁹ Vgl. Ueberle in PreiBing, 2010: S. 293

¹⁰⁰ Vgl. Rudow, 2011: S. 230

¹⁰¹ Vgl. Ueberle in PreiBing, 2010: S. 294

gen, Interview, Online-Befragung oder als Gruppenbefragung und Workshop durchgeführt werden. Die Durchführung solcher Maßnahmen ist allerdings sehr kosten- und ressourcenintensiv.¹⁰² Alternativ hierzu bietet sich der WAI (Work-Ability-Index) Fragebogen an, der bei Projekten zum demografischen Wandel herangezogen werden kann und eine kostengünstige Variante darstellt. Er bewertet die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern und zeigt auf ob präventiver Handlungsbedarf hinsichtlich Arbeitsgestaltung oder Gesundheitsförderung besteht. Des Weiteren kann man seinen Ergebnissen entnehmen, ob bereits durchgeführte Präventionsmaßnahmen erfolgreich waren. Bei der Beurteilung des Tests zeigt sich u.a. auch anhand des WAI-Wertes, ob Beschäftigte ein erhöhtes Risiko an einem vorzeitigen Berufsausstieg aufweisen oder nicht.¹⁰³

Der Gesundheitszirkel ist das letzte zu betrachtende Analyseinstrument. Dabei handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Gesprächsgruppe, die regelmäßig stattfindet. Ziel ist es u.a. die Betroffenen zu Beteiligten zu machen und deren Erfahrungswissen und Potential zu nutzen, um Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Ferner sollen die Teilnehmer dazu sensibilisiert werden Ressourcen oder Belastungen im Betrieb zu identifizieren und zu benennen. So wird das Verständnis der aktuellen Arbeitssituation aus Sicht von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gefördert. Die Moderation von einem externen Fachmann ist auch von großer Bedeutung, da dieser unabhängig ist und im Idealfall schon Vorkenntnisse der Gesundheitsförderung besitzt.¹⁰⁴ Obwohl es zu den bekanntesten Instrumenten der Datenerfassung gehört, unterliegt es in der Praxis vielen Modifikationen. So verfehlt eine eher lose zusammen gewürfelte Arbeitsgruppe, ohne Strukturen und Abläufe das Thema Arbeit und Gesundheit und die gesetzten Ziele. Erarbeitete Pläne und Formalien müssen zu dem Betrieb und den dort arbeitenden Mitarbeitern passen.¹⁰⁵

2.5.2 Strategiefestlegung

Verantwortlich für die Strategiefestlegung bzw. die Interventionsplanung ist der- oder diejenige BGM-Beauftragte in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheit. Gestützt auf den Ergebnissen der Datenerfassung bzw. der Analyse und unter Berücksichtigung der allgemeinen Unternehmensziele sowie den Erwartungen der Mit-

¹⁰² Vgl. Rudow, 2011: S. 230

¹⁰³ Vgl. Schneider, 2011: S. 149

¹⁰⁴ Vgl. Lehmann/Kündig/Matthies in Bauer/Schmid (Hrsg.), 2008: S. 115

¹⁰⁵ Vgl. Schneider, 2011: S. 149f.

arbeiter sind hier messbare, personen- und organisationsbezogene Ziele im BGM zu definieren, sowie zu deren Erreichung ein Konzept mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen vorzubereiten.¹⁰⁶ Auch sollten die Zielformulierungen konkret und messbar sein, was mit Teilzielen erreicht werden kann. So könnte ein erstes Teilziel in der frühen Phase des Gesamtprojekts lauten, Führungskräfte und Mitarbeiter über den Sinn und Zweck von BGM und dessen Maßnahmen zu informieren und für die Angelegenheit zu sensibilisieren. Ziele sollten außerdem am tatsächlichen Bedarf festgemacht werden und auf Akzeptanz bei den Betroffenen stoßen und nicht zuletzt in einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis stehen.¹⁰⁷

Am Ende der Planungsphase sind prioritäre Handlungsmaßnahmen in einzelnen Unternehmensbereichen identifiziert, Ziele und Adressaten für die Durchführung sind formuliert und benannt, Zuständigkeiten für die Umsetzung der geplanten Maßnahmen sind ausgewählt und es liegt ein detaillierter Arbeits-, Zeit- und Kostenplan für die Maßnahmendurchführung vor.¹⁰⁸

2.5.3 Durchführung

Der Durchführungsprozess beschreibt die Steuerung und Umsetzung der zuvor geplanten Maßnahmen.¹⁰⁹ Wurden bisher die relevanten Daten erhoben und die daraus resultierenden Handlungen geplant, beschäftigt sich die Intervention nicht mehr mit der Frage der Effektivität (ob die richtigen Dinge getan werden), sondern mit der Frage der Effizienz, also wie man die Dinge richtig macht. Mögliche Handlungsfelder ergeben sich nun aus den einzelnen Komponenten des BGM, die in den Kapiteln 2.3.1, 2.3.2 und 2.3.3 aufgeführt und erläutert wurden. Konkret bedeutet das, dass Maßnahmen der Verhaltensprävention greifen können, die sich direkt auf das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters beziehen. Hierunter fallen arbeitsplatzbezogene Bewegungs-, Stressbewältigungs- und Ernährungsprogramme, aber auch Trainings zur verbesserten Mitarbeiterkommunikation und Konfliktlösung. Die Verhältnisprävention hingegen überschneidet sich teilweise mit der Arbeitssicherheit und beinhaltet strukturelle Aspekte der Gesundheitsförderung. Dabei geht es z.B. um das Angebot in der Kantine oder die

¹⁰⁶ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 157f.

¹⁰⁷ Vgl. Schneider, 2011: S. 153

¹⁰⁸ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 158

¹⁰⁹ Vgl. Badura/Walter Hehlmann, 2010: S. 158f.

konkrete Arbeitsplatzgestaltung. Die Systemprävention regelt ein gesundes Miteinander. Hier gehört beispielsweise ein gutes BEM hinzu.¹¹⁰

2.5.4 Erfolgsbeurteilung

Der letzte Kernprozess beschreibt einerseits eine Struktur- und Prozessevaluation, also die Überprüfung der Einhaltung von Standards und andererseits die Ergebnisevaluation, also die Überprüfung der Ergebnisqualität aus welcher das Ausmaß der angestrebten Ziele hervor geht. Dabei kommt es darauf an zu welchem Zeitpunkt die Bewertung gewählt wurde, denn je veränderungsintensiver und weitreichender die vorangegangene Maßnahmendurchführung war, desto länger kann es dauern bis sich die gewünschten Erfolge einstellen.¹¹¹ Auch ist die Wirksamkeit der Maßnahmen nicht immer konkret in Geldwerten messbar und daher ist eine Isolierung auf den objektiven, ökonomischen Nutzen nicht von Vorteil. Selbst wenn es nur gelingt BGM als feste Managementaufgabe in bestehende Prozesse nachhaltig zu integrieren, indem man es langfristig schafft auf dieser Ebene Effekte zu messen, wird der ökonomische Nutzen allein dem BGM nicht gerecht werden. Arbeitsorganisatorische, ethische und wirtschaftliche Aspekte werden in einem guten BGM genauso berücksichtigt wie kommerzielle Zielvorgaben. Objektiv messbarer Erfolg trifft im Idealfall mit subjektiv erlebtem Nutzen zusammen. Als Beispiel wird an dieser Stelle die klassische Rückenschule aufgeführt, die im Gegensatz zur arbeitsplatzspezifischen Rückenschule einen weniger objektiven Nutzen erzielt, aber aufgrund der Akzeptanz der Mitarbeiter das Gesamtprojekt unterstützt und die Umsetzung weiterer Maßnahmen erleichtert.¹¹²

¹¹⁰ Vgl. Schneider, 2011: S. 163f.

¹¹¹ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 160

¹¹² Vgl. Schneider, 2011: S. 165f.

3 Demografischer Wandel

3.1 Begriffserklärung

Aus dem Begriff des demografischen Wandels gehen die Wörter „Demografie“ und „Wandel“ hervor. Bevor der Ausdruck als Ganzes erläutert wird, sollen die zwei Teilbezeichnungen näher beleuchtet werden. Unter „Wandel“ versteht man einen Umbruch oder eine Veränderung, die nicht unbedingt vom Menschen zweck- und zielorientiert in Gang gesetzt wird.¹¹³ „Demografie“ setzt sich aus den altgriechischen Wörtern démos (Volk) und graphein (beschreiben) zusammen¹¹⁴ und ist die Wissenschaft von der Erklärung und der Beschreibung von Bevölkerungserscheinungen. Diese Wissenschaft befasst sich mit der Struktur, Größe, Entwicklung und der Verteilung dieser.¹¹⁵ Charakteristische Merkmale sind z.B. die Altersentwicklung, Geburtenrate, Sterbefälle, Zahl der Bevölkerung, Wanderungen oder das Geschlecht.¹¹⁶ Sie untersucht im weiteren Sinne auch die Wechselwirkung zwischen der Bevölkerung und den politischen und gesellschaftlichen, sowie den ökologischen und ökonomischen Faktoren.¹¹⁷

Die Verbindung der genannten Merkmale besteht darin, dass sie sich in Bezug auf die Faktoren schon in geraumer Zeit wandeln werden. Das bedeutet, dass sich die Population einer Gesellschaft oder eines Staates in einem kontinuierlichen Änderungsprozess befindet.¹¹⁸ Der demografische Wandel bezeichnet genau diesen Veränderungsprozess von Struktur und Größe einer Bevölkerung anhand der Lebenserwartung, Geburtenrate und den Wanderungen. Demzufolge resultiert die Zahl der in einer Bevölkerung lebenden Menschen aus der Summe des Geburten- bzw. des Sterbeüberschusses und dem Wanderungssaldo.¹¹⁹

Der Begriff kann allerdings sowohl einen Bevölkerungszuwachs, als auch eine Bevölkerungsreduzierung beinhalten und ist zunächst weder positiv noch negativ ausgelegt, da er einen Entwicklungsprozess beschreibt.¹²⁰

¹¹³ Vgl. Kremer, 2001: S. 1

¹¹⁴ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 4

¹¹⁵ Vgl. Brieskorn-Zinke, 2006: S. 47

¹¹⁶ Vgl. Pischke, 2012: S. 27

¹¹⁷ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 4

¹¹⁸ Vgl. Pischke, 2012: S. 27

¹¹⁹ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 4 und S. 7

¹²⁰ Vgl. Pischke, 2012: S. 27

3.2 Demografische Veränderung der Gesellschaft

Die deutsche Gesellschaft schrumpft und altert. Schuld daran ist der demografische Wandel der mit einem ununterbrochenen Rückgang der Geburtenrate einerseits und einer höheren Lebenserwartung andererseits dafür sorgt, dass große Herausforderungen diesbezüglich auf unser Sozialsystem, den Arbeitsmarkt und nahezu alle Lebensbereiche zukommen werden.¹²¹

Das Jahr 1964 steht für ein Historisches in der Geschichte der Bundesrepublik, denn hier erreichte die Geburtenrate mit 1.357.304 Lebendgeburten ihren Höhepunkt, während in der Folgezeit diese Rate ständig und kontinuierlich zurückging und sich bereits im Jahr 2000 halbierte. Dieser signifikante Rückgang ist einer der Hauptgründe, wieso der demografische Wandel in Deutschland so negative Auswirkungen hat.¹²² Da mehr Menschen sterben als Kinder geboren werden, nimmt die Bevölkerung in Deutschland seit dem Jahr 2003 zunehmend ab, so dass im ersten Quartal 2009 die Einwohnerzahl unseres Landes erstmals wieder unter die 82-Millionen-Grenze gefallen ist. Zudem sind die Zuwanderungen aus dem Ausland zu gering um diese Defizite auszugleichen.¹²³ Auf diese Hauptgründe wird allerdings im späteren Verlauf dieser Thesis noch genauer eingegangen.

Es bleibt aber die Frage offen wieso dieses Szenario, das vom „Club of Rome“ vor mehr als 35 Jahren für reiche, mitteleuropäische Länder prognostiziert wurde nicht wahr- bzw. ernst genommen wurde. Das lässt sich darauf zurückführen, dass in den 1970er, 1980er und Anfang der 1990er Jahre die Zuwanderungsraten noch weit über der 200.000er Marke lagen, der Geburtenrückgang dadurch kompensiert wurde und die Überalterung unserer Gesellschaft nicht sonderlich auffiel. Aufgrund der Globalisierung und der damit verbundenen Rationalisierung, die zu einem starken Arbeitsplatzabbau führte erkannten die meisten Entscheidungsträger der Unternehmen die absehbaren Folgen des demografischen Wandels nicht. Die Auswirkung bis ins Jahr 2050 wird eine Verschiebung der Altersstruktur nach sich ziehen, was sich logischerweise auch in den Belegschaften widerspiegeln wird. So verschiebt sich die Relation zwischen erwerbstätigen Menschen und Rentnern immer mehr auf die Seite der Nichterwerbstätigen. Zurzeit kommen auf 100 Arbeitnehmer ca. 44 Rentner, im Jahr 2020 wird sich diese Zahl um ca. 10 Rentner erhöhen und im Jahr 2050 fast verdoppeln. Hinzu kommt, dass die Zahl der Jugendlichen in den kommenden 35 Jahren von heut-

¹²¹ Vgl. Burger, 2013: S. 1

¹²² Vgl. Flato/Rheinbold-Scheible, 2008: S. 11

¹²³ Vgl. Ehling/Sommer in Badura/Schröder/Klose/Macco, 2010: S. 57

zutage knapp 18 Millionen auf unter 10 Millionen fallen wird und sich die Zahl der 80-Jährigen bis zu diesem Zeitpunkt verdreifacht.¹²⁴

Abschließend soll die Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland anhand eines Schaubildes verdeutlicht werden:

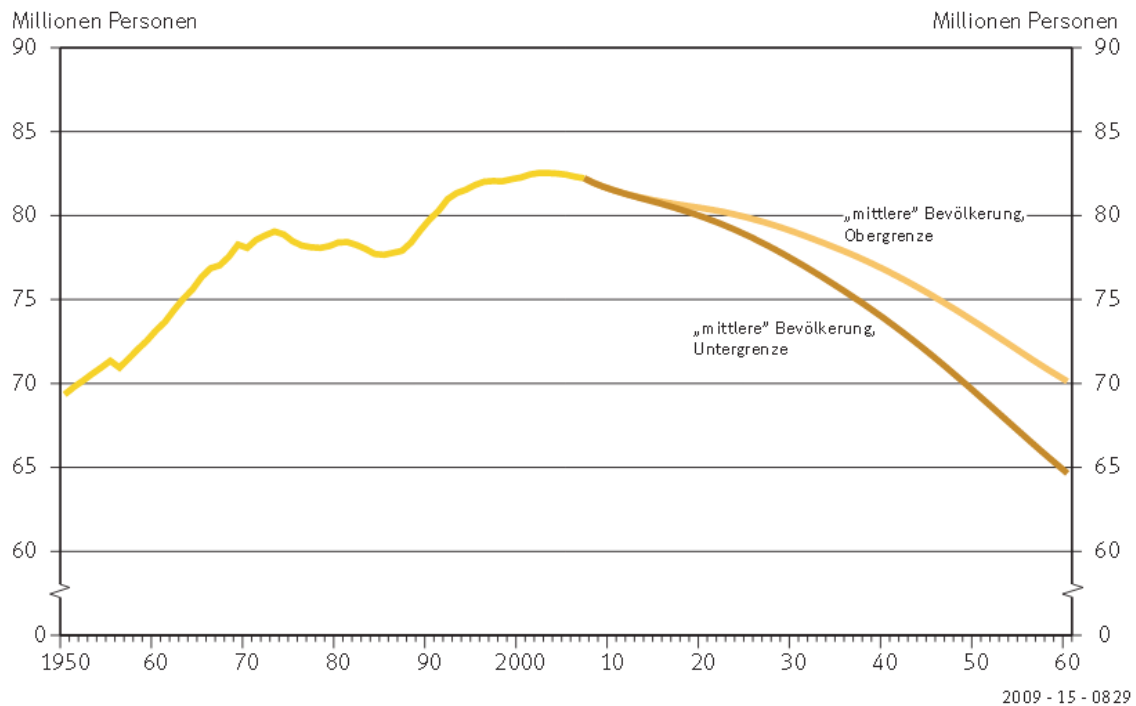


Abbildung 7: Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland. Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009: S. 12

Durch die demografischen Umbrüche wird es zu mehr oder weniger intensiven quantitativen und qualitativen Veränderungen in verschiedenen Bereichen der Gesellschaft kommen, die nachfolgend mit der Auswirkung auf den Arbeitsmarkt dargelegt werden.¹²⁵

3.2.1 Quantitative Entwicklung

Die quantitative Entwicklungsdimension setzt sich im Wesentlichen aus der Fertilität, der Mortalität, sowie der Migration zusammen.¹²⁶

¹²⁴ Vgl. Flato/Rheinbold-Scheible, 2008: S. 11ff.

¹²⁵ Vgl. Pischke, 2012: S. 27f.

¹²⁶ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 7

Das Wort Fertilität kommt aus dem Lateinischen und wird von „fertilis“ abgeleitet, was frei übersetzt so viel wie „fruchtbar“ bedeutet. Im demografischen Zusammenhang beschreibt der Begriff die sog. Geburtenrate. Einerseits kann diese Auskunft darüber geben wie sich die Bevölkerungszahl in einem bestimmten Zeitrahmen verändern wird, andererseits kann aus ihr die Entwicklung der sich im arbeitsfähigen Alter befindenden Menschen abgelesen werden.¹²⁷ Um die Bevölkerung stabil zu halten oder anzuheben, müssen mehr Kinder geboren als Sterbefälle registriert werden. Man spricht hier von einem Bestandhaltungsniveau von 2,1 Kindern je Frau um dies zu gewährleisten. In Deutschland wird dieser Wert allerdings seit über vier Jahrzehnten ständig unterschritten.¹²⁸ Das geht aus folgender Statistik hervor:

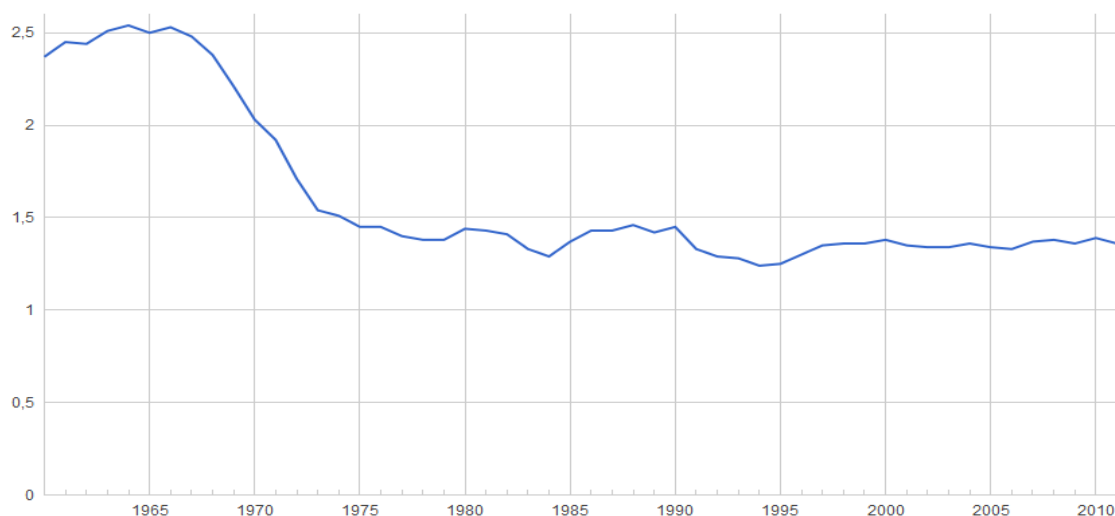


Abbildung 8: Fruchtbarkeitsrate Deutschlands - Kinder pro Frau. Quelle: Pischke, 2012: S. 31

Mit einem Durchschnittswert von nur 1,39 Kindern pro Frau aus dem Jahr 2010 liegt der Wert damit weit unter dem bevölkerungserhaltenden Wert.

Der Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen.¹²⁹ So ist die Zahl der Neugeborenen in Deutschland seit dem Jahr 1991 von 830 000 auf 683 000 im Jahr 2008 gesunken, was einem Rückgang von 18% entspricht. Voraussichtlich wird sich der Wert bis zum Jahr 2030 um weitere 15% reduzieren, was einen Negativwert von 580 000 Geburten

¹²⁷ Vgl. Pischke, 2012: S. 29

¹²⁸ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 10

¹²⁹ Vgl. Pischke, 2012: S. 30

nach sich zieht.¹³⁰ Unsere Gesellschaft steht also vor einer kinderarmen Zukunft. Die anschließende Darstellung soll dies verdeutlichen:

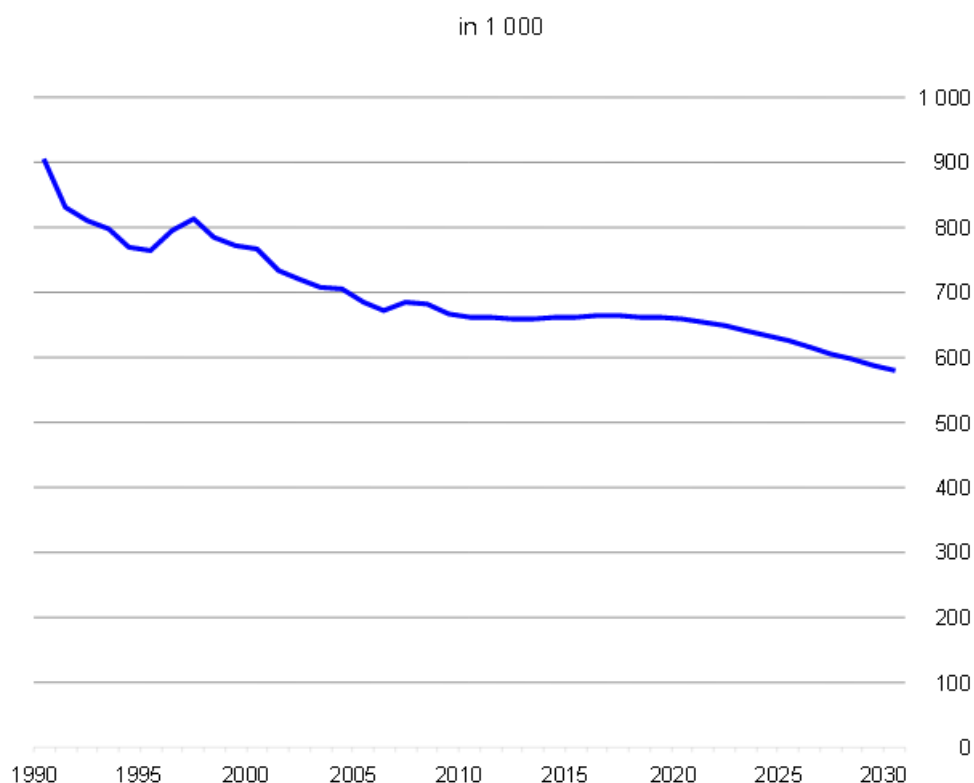


Abbildung 9: Lebendgeburten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 10

Die Annahme wird von der Prognose unterstützt, dass sich das Alter der Frauen die ein Kind erwarten bis zum Jahr 2020 um ca. 1,6 Jahre nach hinten verschiebt und die Anzahl der Neugeborenen in den kommenden Jahren nicht nur stillsteht, sondern sich flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik reduziert.¹³¹

Die Kehrseite der natürlichen Bevölkerungsbilanz bilden die Sterbefälle.¹³² Während es bei der Fertilität um Aussagen zum Bevölkerungszuwachs geht, werden in dem Gebiet der Mortalität Aussagen zur Bevölkerungsabnahme getroffen. Das Wort findet seinen Ursprung ebenfalls im Lateinischen und leitet sich aus dem Begriff „mortalitas“ ab, was frei übersetzt das „Sterben“ bedeutet. In der Demographie steht der Ausdruck für die

¹³⁰ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 10

¹³¹ Vgl. Pischke, 2012: S. 31

¹³² Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 12

Sterblichkeit bzw. die Sterberate. Dabei geht es um die Anzahl der Todesfälle innerhalb eines Zeitabschnitts in Bezug zur Gesamtzahl der Bevölkerung.¹³³

Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung ist die Zahl der Todesfälle in Deutschland bis ins Jahr 2001 kontinuierlich gesunken und stagniert seitdem zwischen 820 000 und 850 000 im Jahr.¹³⁴ Verantwortlich hierfür ist der Entwicklungsfortschritt unseres Landes zu einem der progressivsten Industrieländer weltweit. So tragen das verbesserte Gesundheitswesen, verbesserte Arbeitsbedingungen und eine gehobene Wohnsituation maßgeblich zu einer höheren Lebenserwartung bei.¹³⁵ Für unsere älter werdende Wohlstandsgemeinschaft wird prognostiziert, dass sich der Mortalitätswert weiter erhöhen wird. Im letzten Jahrhundert hat sich die fernere Lebenserwartung für einen 60-jährigen Mann um sechs Jahre angehoben, die einer 60-jährigen Frau sogar um elf Jahre. Bis ins Jahr 2050 wird dieser Wert weiter ansteigen. So erwarten einen Mann im Alter von 60 Jahren noch weitere 23,7 Lebensjahre, eine Frau 28,2. Dem Altersaufbau der deutschen Gesellschaft steht eine Neustrukturierung und eine künftige Erhöhung der Sterberate bevor, was mit dem Zuwachs der älteren Bevölkerungsgruppe in Kombination mit der voranschreitenden Lebensalterung zusammen hängt.¹³⁶

Dabei sah die Struktur unseres Landes nicht immer so aus. Am Ende des 19. Jahrhunderts gab es nur wenige sehr alte Menschen und die Zahl der Geburten übertraf stets die der Todesfälle. Unsere Gesellschaft hatte optisch die Form einer Pyramide in der die Jugendlichen und Kinder den breiten Sockel bildeten, die Älteren die Spitze. Inmitten waren die mittleren Jahrgänge zu finden. Das niedrige Geburtenniveau hatte seinen Ursprung mit den zwei Geburtenrückgängen um 1900 und 1965 bis 1975. Die Folge war ein Umbildungsprozess des komplexen Zusammenspiels von Geburtenhäufigkeit und Sterblichkeit.¹³⁷ Heute weißt die Verteilung in der Gesellschaft derartige Unregelmäßigkeiten auf, dass die Altersstruktur als der zentrale Faktor für die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung gesehen werden kann.¹³⁸

¹³³ Vgl. Pischke, 2012: S. 32f.

¹³⁴ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 12

¹³⁵ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 8

¹³⁶ Vgl. Pischke, 2012: S. 33f.

¹³⁷ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 4f.

¹³⁸ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 23

Dies verdeutlicht die anschließende Grafik, in der die Verteilung der Altersstruktur aus dem Jahr 2008 mit einer Prognose für die nächsten 20 Jahre gegenübergestellt wird:

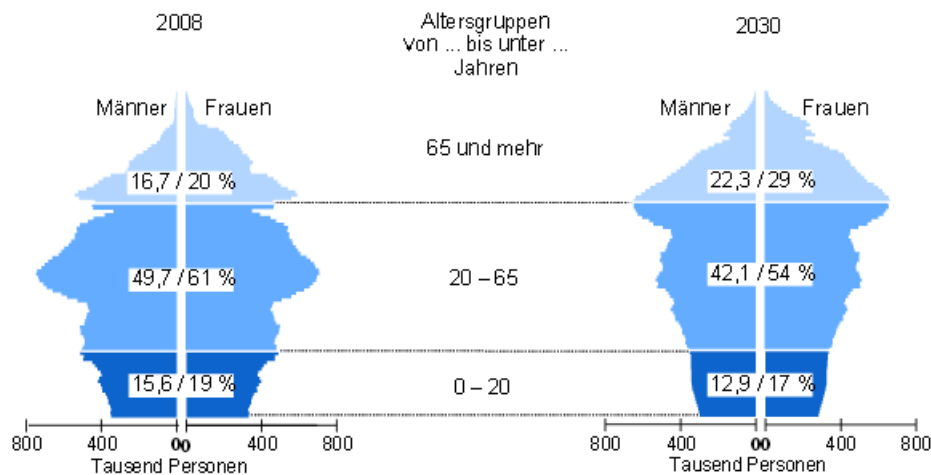


Abbildung 10: Verteilung der Altersstruktur in der Bevölkerung. Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 24

Die unter 20-jährigen im dunkelblauen Sockel des Altersbaumes lagen bereits 2008 mit einem Anteil von 19% der Bevölkerung leicht unter dem Anteil der 65-jährigen und älteren. Der Abstand wird sich in den kommenden Jahren weiter vergrößern. Sie bilden auch die Altersgruppe, die nachhaltig vom Geburtenrückgang beeinflusst ist. Den größten Teil der Gesellschaft mit 61% belegt die Altersgruppe der 20- bis unter 65-jährigen. Sie sind die Generation aus den Geburtenstarken Jahrgängen der 1960er Jahre, die sog. „Baby-Boomer“. Sie werden in der Regel als Personen im erwerbstätigen Alter betrachtet und somit in den kommenden Jahrzehnten erheblich dazu beitragen, dass das Erwerbspersonenpotential und die Gesamtbevölkerung altern. An der Spitze stehen die Menschen im Alter von 65 Jahren und älter. Sie machten bereits im Jahr 2008 ein Fünftel der Gesamtbevölkerung aus. Auffällig ist hier die Verteilung von Männern und Frauen, wobei letztere den größeren Anteil der Hochaltrigen bilden. Verantwortlich dafür ist zum einen die höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern, aber auch die Auswirkungen des zweiten Weltkrieges machen sich hierbei bemerkbar. Im Jahr 2030 wird die heutige erwerbstätige Generation in den hellblauen Abschnitt der über 65-jährigen rutschen, während die unter 20-jährigen ins erwerbsfähige Alter aufrücken. Mit knapp 42 Millionen Menschen, machen sie allerdings nur noch etwas mehr als die Hälfte der Gesamtbevölkerung aus, während die ältere Schicht mit 22,3 Millionen Menschen fast ein Drittel derer bilden. Ebenfalls anzumerken ist der gewaltige

Rückgang der unter 20-jährigen, welche Generation noch geringer besetzt sein wird als die ihrer Vorgänger.¹³⁹

Parallel zu der natürlichen Bevölkerungsentwicklung die von der Fertilität und der Mortalität abhängig ist, wird eine ganzheitliche Populationsentwicklung auch von der Migration bestimmt. Der Begriff leitet sich aus dem lateinischen Wort „migrare“ ab und bedeutet aus der freien Übersetzung heraus so viel wie „wandern“.¹⁴⁰ Im demografischen Zusammenhang bedeutet Migration eine auf Dauer angelegte räumliche Veränderung des Lebensmittelpunktes,¹⁴¹ also eine fortwährende Änderung des dauerhaften Aufenthaltsortes eines Menschen oder einer ganzen Gesellschaft im sozialen oder geografischen Raum. Aus diesen Differenzen von Zu- bzw. Abwanderungen ergibt sich schließlich der Wanderungssaldo.¹⁴² Der Saldo beeinflusst den Bevölkerungsbestand entweder positiv oder negativ. Für Deutschland insgesamt ist nur die sog. Außenwanderung, also die Wanderung über die Grenze relevant, währenddessen eine Binnenwanderung, die sich mit dem Austausch innerhalb eines Landes befasst, nur für die unterschiedlichen Bundesländer von Bedeutung ist.¹⁴³

Wenn die Historie der Migration näher betrachtet wird kann man feststellen, dass sich Deutschland in der Nachkriegszeit zu einem einwanderungsinteressanten Land entwickelt hat. Im Zuge des Wiederaufbaus und um die Wirtschaft wieder anzukurbeln wurden etliche ausländische Arbeitnehmer angeworben, deren Familien im Laufe der Zeit nachsiedelten und unseren Bevölkerungsstand weiter bereicherten. Wie in Kapitel 3.2 schon angedeutet, wurde hier der Geburtenrückgang zum Großteil von dem Wanderungssaldo ausgeglichen und das Einsetzen des demografischen Wandels blieb weitestgehend unbemerkt. Bis zur Jahrtausendwende verzeichnete die BRD ca. 30 Millionen Zuwanderungen zu lediglich 21 Millionen Abwanderungen.¹⁴⁴ Zwischen den Jahren 2003 und 2007 ging dieser Saldo jedoch jährlich auf durchschnittlichen 74 000 Personen zurück. Der Wert der Fortzüge hatte kontinuierlich Bestand, während die Zahl der Zuzüge stark ins Schwanken geriet. Diese Entwicklung der Gesellschaft verjüngte unsere Bevölkerung, da die zuziehenden Personen meist jünger waren als die Fortziehenden.¹⁴⁵

¹³⁹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 23

¹⁴⁰ Pischke, 2012: S. 37

¹⁴¹ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 9

¹⁴² Pischke, 2012: S. 37

¹⁴³ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 18

¹⁴⁴ Vgl. Pischke, 2012: S. 37

¹⁴⁵ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 18

Zukünftige Prognosen besagen, dass bis zum Ende dieses Jahres der Wanderungssaldo wieder leicht steigen wird und sich bei einem Wert um die 100 000 einpendelt, dort dann allerdings stagniert.¹⁴⁶ Ursache hierfür könnte die uneingeschränkte Freizügigkeit für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen aus den Staaten sein, die 2004 der EU beigetreten sind und diese seit 2011 gilt.¹⁴⁷ Eine zweite, langfristige Prognose besagt, dass bis zum Jahr 2020 mit einem Wanderungssaldo von 200 000 Menschen pro Jahr gerechnet werden kann,¹⁴⁸ da es zum einen durch den Klimawandel zu starken Wanderungsbewegungen kommen könnte und zum anderen das Erwerbspersonenpotential in Deutschland rapide altert und schrumpft. Beide Werte sind jedoch nur Annahmen. Der tatsächliche Wert wird irgendwo dazwischen liegen und starken Schwankungen unterliegen.¹⁴⁹ Im abschließenden Schaubild sollen die Wanderungen seit den 1950er Jahren, sowie die beiden Annahmen nochmals dargestellt werden:

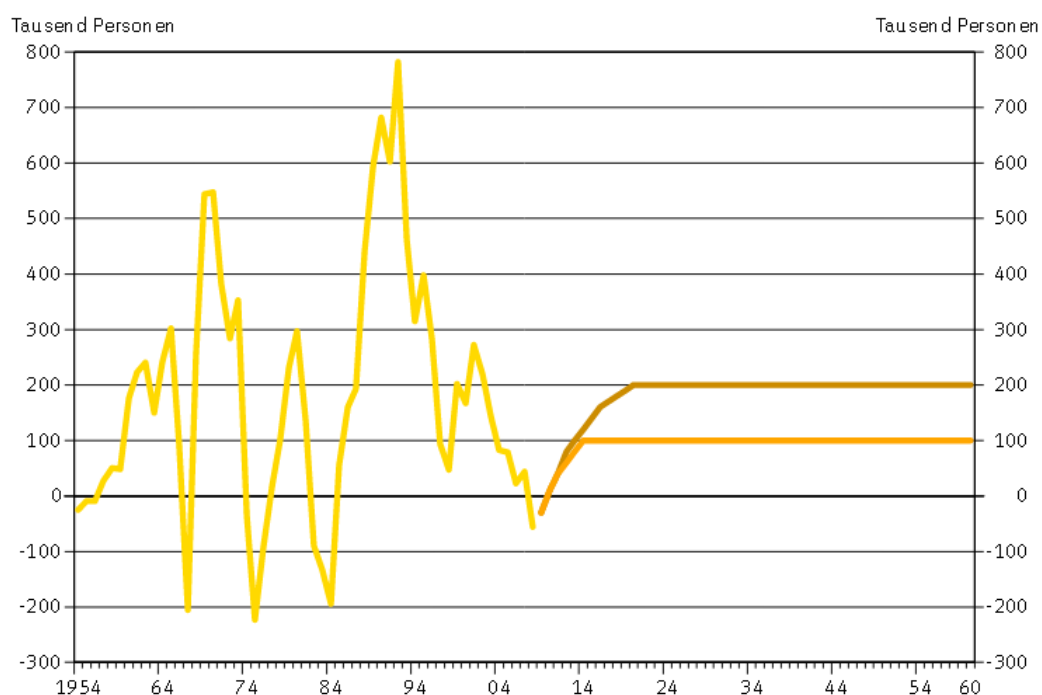


Abbildung 11: Wanderungssaldo von 1950 bis 2060. Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009: S. 33

¹⁴⁶ Vgl. Pischke, 2012: S. 38

¹⁴⁷ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 18

¹⁴⁸ Vgl. Pischke, 2012: S. 38

¹⁴⁹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011: S. 18

Zusammenfassend und ausgehend von den vorgestellten Entwicklungen bewirkt der demografische Wandel in Zukunft eine greise, kulturelle und kleiner werdende Gesellschaftsstruktur in Deutschland.¹⁵⁰

3.2.2 Qualitative Entwicklung

Aus den quantitativen Entwicklungen heraus leitet sich die qualitative Entwicklungsdimension ab. Sie beschäftigt sich daher mit der Entwicklung des Erwerbspersonenpotentials, der immer älter werdenden Belegschaft und der Entwicklung des Fachkräftepersonals.¹⁵¹ Die Faktoren werden in den Punkten, nach den Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Arbeitsmarkt, näher betrachtet.

3.2.3 Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Umfang und Struktur des künftigen Arbeitsangebotes wird durch den demografischen Wandel stark beeinflusst werden. Vereinfacht dargestellt beschreibt der demografische Wandel das Altern der Bevölkerung. Demzufolge wird die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, das sog. Erwerbspersonenpotential in den kommenden Jahrzehnten immer weiter sinken. Der steigende internationale Wettbewerbsdruck, der der Globalisierung geschuldet ist und der technische Fortschritt tragen außerdem dazu bei, dass sich die Qualifikationsanforderungen an künftige Arbeitnehmer erhöhen werden. Das bedeutet die Nachfrage nach gering qualifiziertem Personal wird sinken, während die Nachfrage nach hoch qualifizierten Arbeitskräften steigt.¹⁵²

Es zeichnet sich dabei ab, dass ein Rückgang der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen das Innovationspotential der BRD gefährdet. Trotz weit verbreiteter Kritik am deutschen Bildungssystem, bringen jene Nachrücker das neue, wichtige Know-How mit in das vorhandene Beschäftigungssystem. Da der Staat bisher das Prinzip finanziert hat, kamen Unternehmen mehr oder weniger kostenlos an solches Wissen heran. Bricht nun ein Großteil dieses Wissens weg, so fehlt den Betrieben das nötige Innovationspotential in den fortan kommenden Belegschaften.¹⁵³

¹⁵⁰ Vgl. Günther in Preißing (Hrsg.), 2010: S. 13f.

¹⁵¹ Vgl. Pischke, 2012: S. 42

¹⁵² Vgl. Burger (Hrsg.), 2013: S. 7f.

¹⁵³ Vgl. Kistler/Hilpert, 2002: S. 5f.

Der demografische Wandel findet aber nicht nur in Deutschland statt, sondern auch in Industrienationen wie China, Indien oder anderen europäischen Ländern. In den kommenden Jahrzehnten wird es daher zu einem verstärkten Wettbewerb um ausländische Arbeiter kommen.¹⁵⁴ Außerdem werden Unternehmen ihre Rekrutierungsbemühungen internationalisieren müssen, da der Wanderungssaldo in unserem Land diesen Bedarf an Nachwuchskräften alleine nicht decken kann.¹⁵⁵

Deutschland stellt eine reine Wissensgesellschaft dar und Wissen ist in unserem rohstoffarmen Land ein bedeutender Wettbewerbsfaktor. Nicht nur dass Intelligenz globaler und kurzlebiger wird, auch müssen sich Unternehmen in immer kürzeren Zyklen mit hochwertigeren, innovativeren Produkten von der Konkurrenz abheben und sich am Markt behaupten. Kompetenz und Wissen in Strukturen, Prozessen und Systemen erhöht sich und die Wissensträger derer werden zu einem knappen Gut. Die Herausforderung für die Betriebe besteht nun darin dieses knappe Gut langfristig an sich zu binden und für sich zu gewinnen. Nur so können Organisationen ihre Innovationsfähigkeit gewährleisten und attraktiv für den Arbeitsmarkt bleiben.¹⁵⁶

Die Schwierigkeiten die aus den geschilderten Veränderungen resultieren, werden für viele Firmen aus unterschiedlichen Branchen nachhaltige Konsequenzen haben. Das Integrieren älterer Arbeitnehmer in den Unternehmensalltag wird eine erhebliche Kostensteigerung nach sich ziehen, das nicht von Produktivitätszuwächsen gedeckt ist. Weiter sorgt der auftretende Fachkräftemangel für Kapazitäts- und Qualifikations-, sowie Rekrutierungsprobleme.¹⁵⁷ Diese Entwicklung hat weitreichende Folgen für die Unternehmen.

3.3 Entwicklung der Altersstruktur in den Betrieben

Wie aus dem Kapitel 3.2 hervorgeht ist damit zu rechnen, dass sich die Verteilung der Altersstruktur der Gesellschaft auch in der Beschäftigungsstruktur niederschlägt. Folglich wird es immer weniger junge Nachwuchskräfte geben, wohingegen die Zahl der älteren Arbeitnehmer deutlich steigt. Trotz des Herabsetzens des Renteneintrittsalters

¹⁵⁴ Vgl. Holz/Da-Cruz (Hrsg.), 2007: S. 21

¹⁵⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011: S. 32

¹⁵⁶ Vgl. Rump/Eilers in Forschungsinstitut betriebliche Bildung, 2007: S. 41

¹⁵⁷ Vgl. Holz/Da-Cruz (Hrsg.), 2007: S. 21

und den erweiterten Möglichkeiten von Vorruhestandsregelungen wird sich der Altersdurchschnitt der Betriebe weiter erhöhen.¹⁵⁸

3.3.1 Älterwerdende Belegschaften

Das Erwerbspersonenpotential ist in den zurückliegenden Jahren schon erheblich zurückgegangen und auch künftige Prognosen haben diesem Trend nichts entgegen zu setzen. So waren im Jahr 2010 rund 44,7 Millionen Menschen erwerbstätig, währenddessen im Jahr 2050 nur noch zwischen 31,5 und 35,4 Millionen Männer und Frauen dem deutschen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden. Da die geburtenstarken Jahrgänge zwischen den Jahren 2010 und 2035 in Rente gehen werden, wird der Rückgang hauptsächlich in dieser Zeitspanne stattfinden.¹⁵⁹

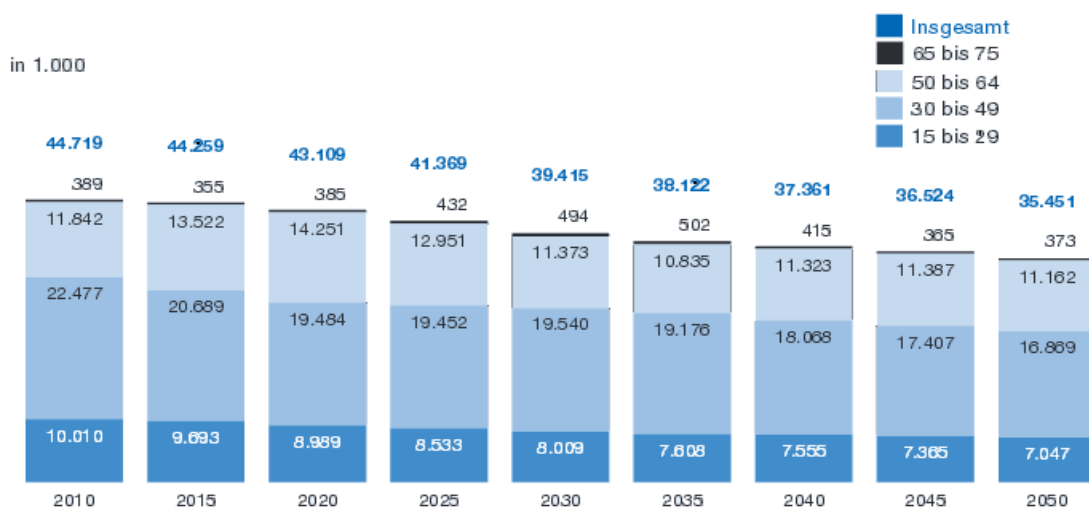


Abbildung 12: Altersstruktur der Belegschaften von 2010 bis 2050. Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2007: S. 7

Aus vorliegender Statistik geht zudem hervor, dass sich die deutsche Volkswirtschaft nicht nur auf einen Rückgang von potentiellen Arbeitskräften einstellen muss, sondern vielmehr auf eine Verschiebung der Altersstruktur in der Belegschaft. Waren im Jahr 2010 noch knapp 10 Millionen Berufseinsteiger zu vermelden, wird es im Jahr 2050 nur noch rund 7 Millionen geben. Bei den Arbeitnehmern mittleren Alters sind die Auswirkungen noch drastischer. So sinkt die Anzahl der erwerbsfähigen Männer und Frauen im Alter von 30 bis 49 Jahren im Jahr 2050 um 30% und erreicht einen Negativwert

¹⁵⁸ Vgl. Buck/Dworschak/Schletz/Fraunhofer IAO, 2005: S. 2

¹⁵⁹ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 25

von gerade einmal 16,8 Millionen Beschäftigten, rund 17 Millionen weniger als noch im Jahr 2010. Im Gegensatz dazu entwickelt sich die Zahl der Generation 50+ entgegen diesem Trend. Ausgehend vom Jahr 2010 wird es bis zum Jahr 2020 einen Anstieg der Arbeitnehmer zwischen 50 und 64 Jahren um knapp 35% geben. Danach geht dieser Wert zwar wieder zurück, ohne jedoch groß unter das heutige Niveau zu kommen. Bei den über 65-Jährigen sind nur geringe Schwankungen ersichtlich. Dabei pendelt die Zahl um die 400 000 Beschäftigten.¹⁶⁰

Da ein Anstieg der Lebenserwartung zu einer längeren Bezugszeiten der Rente führt und immer mehr Menschen im Rentenalter immer weniger Erwerbspersonen gegenüberstehen, steht die umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung unter einem erheblichen Anpassungsdruck. Eine Erhöhung des Ruhestandsalters wird demnach in absehbarer Zeit unausweichlich sein. Daher muss ein leistungsfähiger, bis ins hohe Alter motivierter Arbeitnehmer das primäre Ziel sein.¹⁶¹

Um wettbewerbsfähig zu bleiben werden die Unternehmen also leistungsstarke und gesunde, ältere Mitarbeiter benötigen¹⁶², denn sie sind diejenigen die im Jahr 2050 jeden dritten Arbeitnehmer ausmachen und die gewünschte Kompetenz, sowie die erforderlichen Qualifikationen bereits besitzen.¹⁶³ Wie sich die Proportionalität der jungen auf die alte Generation in den Folgejahren in den Betrieben verschieben wird, soll an folgender Grafik verdeutlicht werden:

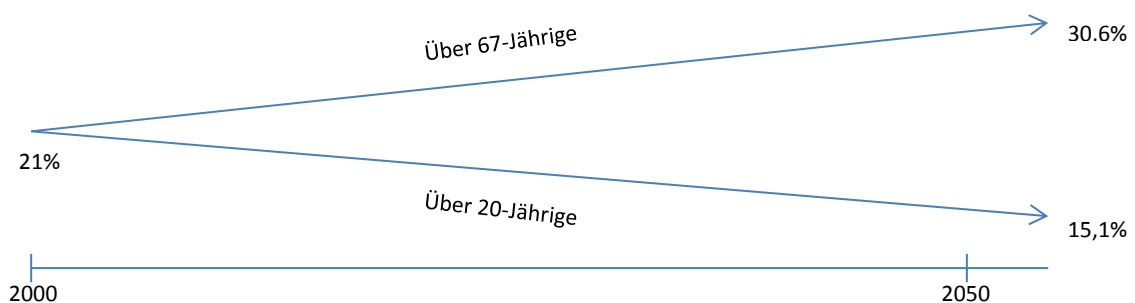


Abbildung 13: Veränderungen des Anteils der Altersgruppen (prozentual). Quelle: Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, in: Flato/Rheinbold-Scheible, 2008: S. 13

Diese Altersschere macht deutlich, dass das Angebot an jungen Nachwuchskräften sinkt und der Wettbewerb um die besten Berufsanfänger beginnt. Zugleich erhöht sich

¹⁶⁰ Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2007: S. 7f.

¹⁶¹ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 23f.

¹⁶² Vgl. Schneider, 2011: S. 118

¹⁶³ Vgl. Schmidt S., 2013: S. 51

aber der Bedarf danach, die krankheitsbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit und dem drohenden Anstieg der Fehlzeiten, der Alterung wegen, durch Investitionen in Gesundheit und Qualifizierung entgegenzuwirken.¹⁶⁴ Die Zahl der Krankheitsfälle nimmt zwar mit steigendem Alter ab, jedoch erhöht sich die Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage. Ältere Arbeitnehmer melden sich weniger häufiger krank als jüngere, aber es folgt eine vergleichsweise lange Episode der Arbeitsunfähigkeit was den Unternehmen letztendlich mehr Kosten beschert.¹⁶⁵ Viele Betriebe sehen den demografischen Wandel als Motiv sich mit dem BGM auseinander zu setzen, um diesem Trend entgegen zu wirken. Sie haben damit erheblichen Einfluss auf die Begleitumstände des Älterwerdens ihrer Mitarbeiter, wie z.B. deren Lebensqualität, persönliche Entwicklung, Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt deren Gesundheit.¹⁶⁶

Im Allgemeinen wird die Alterung der Erwerbsbevölkerung in Bezug auf die zukünftige internationale Innovations- und Konkurrenzfähigkeit als Problem angesehen. Kreativität, Flexibilität und die Fähigkeit innovative, neue Konzepte zu entwickeln und anzuwenden werden häufig der jüngeren Generation zugeschrieben, das dem Defizitmodell des Alterns, das von einer Abnahme der Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ausgeht, geschuldet ist. Die körperliche Leistungsfähigkeit mag mit zunehmendem Alter abnehmen, jedoch muss eine Alterung der Erwerbspersonen nicht unbedingt Nachteile mit sich bringen. Steigende Erfahrung, Organisationswissen und eine bessere Menschenkenntnis sind nur einige Beispiele, die ältere Arbeitnehmer den Jüngeren voraushaben. Die Betriebe stehen also vor der Herausforderung das Qualifikationsniveau ihrer „Silver Surfer“ in Zukunft stärker zu nutzen und darüber hinaus mit geeigneten Maßnahmen zu steigern, denn diese Faktoren haben in unserer Wissensgesellschaft einen höheren Stellenwert als besagte körperliche Leistungsfähigkeit.¹⁶⁷ Lebenslanges Lernen steht hier im Vordergrund.¹⁶⁸

3.3.2 Fachkräftemangel

Der demografischen Entwicklung ist es ebenso geschuldet, dass in Zukunft immer weniger qualifizierte Fachkräfte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden. Ältere Mitarbeiter verfügen über ein Erfahrungswissen, dass sie sich über Jahre hinweg angeeignet haben. Dieses Wissen wird verloren gehen, wenn es nicht rechtzeitig an die

¹⁶⁴ Vgl. Badura/Walter/Hehlmann, 2010: S. 22

¹⁶⁵ Vgl. Schott E., 2011: S. 184

¹⁶⁶ Vgl. Schneider, 2011: S. 117f.

¹⁶⁷ Vgl. Burger (Hrsg.), 2013: S. 8f.

¹⁶⁸ Vgl. Schmid, 2010: S. 40

Nachwuchskräfte weitergegeben werden kann.¹⁶⁹ Längst herrscht nicht mehr alleine auf dem Markt von Akademikern in den Bereichen von Informatik, Mathematik und Naturwissenschaften eine Mangelsituation, sondern auch betrieblich ausgebildete Fachkräfte wie Meister oder Techniker sind zur Rarität geworden. Dabei wird der Trend und somit die Nachfrage nach Hochqualifizierten weiter anhalten.¹⁷⁰

Das deutsche Bildungsniveau stagniert hingegen seit Anfang der 1990er Jahre. Während der Anteil an Menschen die weder einen Fachhochschulabschluss, die Hochschulreife oder eine abgeschlossene Berufsausbildung vorzuweisen haben leicht gesunken ist, ist der Anteil der Absolventen einer Fachhochschule, Universität oder Meisterschule nur minimal angestiegen.¹⁷¹ In anderen Worten könnte man dies als „konstant“ bezeichnen. Doch diese Konstanz bedeutet in der heutigen Gesellschaft, in der Wissen und der technische Fortschritt schneller voran schreiten als je zuvor, Stillstand. Stillstand wiederum bedeutet auf der Stelle zu treten und von anderen überholt zu werden. Überholt werden, heißt im Wettbewerb nach hinten zu fallen. Demnach steht Stillstand für Rückschritt.

Hierzulande haben gerade einmal 23% der Personen im Alter von 25 bis 34 Jahren einen Abschluss tertiären Grades vorzuweisen. In den USA, Schweden oder auch den Niederlanden liegt diese Quote um die 40% und ist damit fast doppelt so hoch.¹⁷² Auch der Anteil an Weiterbildungsmaßnahmen der erwerbsfähigen Bevölkerung zwischen 25 und 64 Jahren ist im internationalen Vergleich mit 7,3% deutlich unter dem 30% Spitzenwert von Dänemark oder Schweden.¹⁷³ Zwar kann Deutschland auf der mittleren Bildungsebene, aufgrund der dualen Berufsausbildung nach wie vor gut Punkten, dennoch reicht das heutzutage nicht mehr aus um in Zukunft konkurrenzfähig zu bleiben.¹⁷⁴ Die durch den Arbeitskräfterrückgang fehlenden qualifizierten Erwerbspersonen können nur dann einigermaßen ersetzt werden, wenn die geburtenschwachen Jahrgänge mit einer höheren Produktivität und einem höheren Wissensstand diese Lücke zahlenmäßig schließen können. Ob dies in Zukunft erreicht werden kann ist jedoch fraglich.¹⁷⁵

¹⁶⁹ Vgl. Pischke, 2012: S. 45

¹⁷⁰ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 28

¹⁷¹ Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2007: S. 9f.

¹⁷² Ebd., S. 9f.

¹⁷³ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 27

¹⁷⁴ Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2007: S. 10

¹⁷⁵ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 28

Ein Blick auf die Nichtbesetzungsquote der Fachkräfte, eingeteilt nach Branchen, zeigt ein bereits schon 2007 auftretendes Defizit an qualifiziertem Personal:

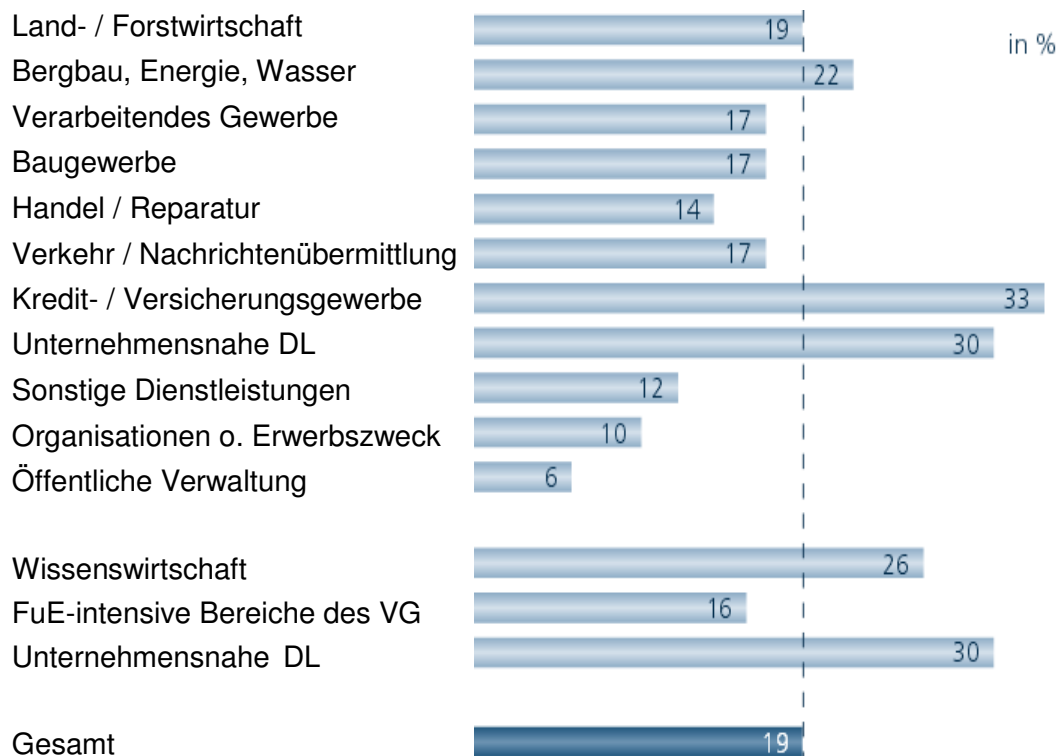


Abbildung 14: Nichtbesetzungsquote der Fachkräftestellen nach Branchen (2007). Quelle: Kay/Richter, 2010: S. 16

Hier zeigt sich deutlich, dass ein Mangel an Experten nicht nur im Bereich der Naturwissenschaften, der Mathematik oder der Technik zu verzeichnen ist, sondern auch andere Branchen von diesem Defizit betroffen sind. Dabei wird die Absenz von Fachkräften ab dem Jahr 2015 weiter verschärft, wenn die Zahlen der Schulabgänger deutlich zurückgehen und die geburtenstarken Jahrgänge zusehends das Rentenalter erreichen. Jener Engpass wird sich ab 2020 zusätzlich verstärken.¹⁷⁶ Das Buhlen und wetteifern um die besten Nachwuchskräfte hat längst begonnen und schlägt sich in dem Ausdruck „War of Talents“ nieder. Dieser Begriff macht deutlich, dass der Kampf um Talente und um über deren Fähigkeiten zu verfügen, überlebenswichtig für Organisationen ist. Das Werben um die Qualitäten junger Experten wird sich dann intensivieren wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt,¹⁷⁷ denn die Lückenschließung und

¹⁷⁶ Vgl. Kay/Richter, 2010: S. 10ff.

¹⁷⁷ Vgl. Ritz/Sinelli in Ritz/Thom (Hrsg.), 2010: S. 3

Deckung des Fachkräftebedarfs ist für jedes Unternehmen ein entscheidender Wettbewerbsfaktor.¹⁷⁸

3.3.3 Integration ausländischer Arbeitnehmer

In der Literatur besteht kein Konsens über die Migration als Teil der qualitativen Entwicklung im demografischen Wandel. Da diese allerdings mit einem positiv prognostizierten Wanderungssaldo von jährlich 100 000 bzw. 200 000 Menschen die Belegschaftsstruktur ebenfalls maßgeblich beeinflusst, stellt die Integration ausländischer Arbeitnehmer einen wichtigen Bestandteil dieser Entwicklung dar.

Früher kamen Migranten in eine junge, expandierende deutsche Gesellschaft. Heute hat sich dieses Bild eher dem Gegenteil gewandt und die ausländischen Arbeitnehmer werden zukünftige Lücken schließen müssen, die auf dem Effekt der demografischen Entwicklung beruhen. Der angesprochene „War of Talents“ findet nicht mehr alleine auf nationaler Ebene statt, sondern hat sich mittlerweile internationalisiert und Deutschland muss sich in diesem globalen Wettbewerb bemühen, um ein attraktives Zuwanderungsland für gutausgebildete und hochqualifizierte Arbeitskräfte zu sein.¹⁷⁹

Neben der Mobilisierung der nichterwerbstätigen Bevölkerung von Frauen und älteren Arbeitskräften, wird die Arbeitsmigration eine zentrale Rolle bei der Bewältigung des im vorigen Kapitel erläuterten Fachkräftemangels einnehmen, denn die alleinige Erhöhung des inländischen Erwerbspersonenpotentials reicht nicht mehr aus um diesem Defizit zu begegnen.¹⁸⁰ Das Wissen das zur internationalen Konkurrenzfähigkeit notwendig ist, kann nicht mehr im eigenen Land erzeugt werden, daher ist der internationale Austausch von Wissen und dessen Import in der modernen Wirtschaft sehr bedeutend.¹⁸¹ Laut der Zuwanderungsprognose werden 40% des prognostizierten Wertes Fachkräfte sein. Geht man von den besagten 200 000 Einwanderern aus entspricht dies einem Anteil von 80 000 hochqualifizierten Arbeitern. Bis ins Jahr 2025 ist daher mit einer Zuwanderung von bis zu 800 000 Experten zu rechnen. In der Vorhersage wird allerdings einkalkuliert, dass die Abwanderung zugewanderter Fachkräfte und die im Inland Geborener auszugleichen ist. Im Jahr 2012 hatte ein Drittel der im Jahr 2011 eingereisten Arbeitsmigranten bereits zur Mitte des Jahres das Land wieder verlassen. Dies lässt darauf schließen, dass die Einsätze temporär waren. Um den Bedarf an qualifi-

¹⁷⁸ Vgl. Kay/Richter, 2010: S. 10

¹⁷⁹ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 23

¹⁸⁰ Vgl. OECD, 2013: S. 47

¹⁸¹ Vgl. Angenendt, 2008: S. 23

zierten Arbeitskräften mithilfe der Zuwanderung zu decken, ist demnach eine beschäftigungsorientierte Migration unerlässlich.¹⁸² Integration darf sich nicht alleine auf Sprachförderung beschränken, sondern muss mit der Eingliederung in das Erwerbsleben verbunden sein. Denn Inklusion findet über Arbeit statt und nur so kann die heterogene Wirksamkeit voll entfaltet und genutzt werden. Hierbei können bspw. ausländische Fachkräfte über Wissen verfügen, das den Einheimischen bisher unbekannt war.¹⁸³

Zusammenfassend müssen mit der gesteuerten Zuwanderung gleichzeitig Möglichkeiten der Integration in das Beschäftigungs- oder Bildungssystem gegeben werden. Denn so können qualifizierte Ausländer dazu beitragen das Sozialsystem zu erhalten, oder Engpässe bei der Stellenbesetzung auszugleichen.¹⁸⁴

¹⁸² Vgl. OECD, 2013: S. 48ff.

¹⁸³ Vgl. Angenendt, 2008: S 29ff.

¹⁸⁴ Vgl. Günther in Preißing, 2010: S. 23

4 Herausforderungen des BGM im Zeichen des demografischen Wandels

Die Verabschiedung des neuen Rentengesetzes zum Sommer 2014, in dem Erwerbspersonen die 45 Jahre oder länger in das System eingezahlt haben eingeräumt wird im Alter von 63 Jahren aus dem Berufsleben auszusteigen, bringt auch Anpassungsoptionen für Organisationen mit sich. Haben sich diese in den zurückliegenden Jahren vermehrt damit beschäftigt, dem Problem einer ältere werdende Belegschaft entgegen zu treten und Maßnahmen zur Gesunderhaltung derer zu treffen, besteht bei dem neuen Rentenpaket die Gefahr einer Frühverrentungswelle. Im neuen System besteht daher die Möglichkeit dem Arbeitnehmer ab 61 Jahren mit der Zahlung einer Abfindung den vorzeitigen Verzicht auf den Arbeitsplatz schmackhaft zu machen.¹⁸⁵ Der Autor schließt sich jedoch der Meinung an, dass die Herausforderungen in der Arbeitswelt weiterhin vom demografischen Wandel bestimmt werden. Die Belegschaften stehen zwangsweise mit einer älteren Gesellschaft in Verbindung und demnach wird es für Erwerbspersonen unausweichlich werden bis ins hohe Alter zu arbeiten.

4.1 Alter und Arbeit

Ältere Beschäftigte dürfen nicht als Faktor betrachtet werden den es auszutauschen gilt, sondern müssen als wichtige Ressource im Unternehmen verstanden werden.¹⁸⁶ Wie in Kapitel 3 schon ausführlich dargelegt, stehen unsere Gesellschaft und damit auch unsere Belegschaft vor einer immer weniger- und älterwerdenden Zukunft.

Um mit einer greisen Belegschaft gesund und produktiv arbeiten zu können, muss als erster Schritt ein positives Altersbild vorliegen, d.h. dass es das Defizitmodell des Alters durch das Kompetenzmodell zu ersetzen gilt. In diesem Modell wird zwar nicht abgestritten, dass altersspezifische Beeinträchtigungen eintreten, allerdings wird die Ansicht vertreten, dass Innovationsbereitschaft und kognitive Leistungsfähigkeit nicht durch das Alter bestimmt wird, sondern viel mehr durch die sozialen Arbeits- und Lebensbedingungen.¹⁸⁷ Älteren Mitarbeitern darf keine Außenseiterrolle zugeschrieben werden. Sie könnten sich dadurch evtl. diskriminiert fühlen und ihre Rolle als vollständige Arbeitskraft nicht mehr wahrnehmen. Trotzdem sollte man Rücksicht auf die natürlichen

¹⁸⁵ Vgl. Doemens in Frankfurter Rundschau, 2014

¹⁸⁶ Vgl. Singer in Esslinger, 2010: S. 102

¹⁸⁷ Vgl. Liedtke, 2007: S. 10

Abnützungs- und Alterungserscheinungen nehmen, die je nach Arbeitsplatzbelastung schwerwiegender oder frühzeitiger auftreten können.¹⁸⁸

Es ist somit wichtig, eine alterssensible und alternsgerechte Gesundheitsförderung umzusetzen.¹⁸⁹ Diese kann die Arbeitsfähigkeit durch individuelle Maßnahmen beeinflussen und sogar mit dem Alter steigern,¹⁹⁰ denn die Arbeit muss sich laut dem „Haus der Arbeitsfähigkeit“ den Menschen anpassen und nicht umgekehrt:



Abbildung 15: Haus der Arbeitsfähigkeit. In Anlehnung an: Ilmarinen in BKK Gesundheitsreport, 2006: S. 545

Das Fundament für eine gute Arbeitsfähigkeit in diesem Modell bildet die physische und psychische Gesundheit. Den zweiten Stock in diesem Haus bilden Kompetenzen wie Qualifikation und Wissen, worunter sowohl Schlüsselkompetenzen als auch fachliche Qualifikationen fallen. Den mittleren Sektor formen Werte wie Motivation und Einstellung gefolgt von der Arbeit mit den Bereichen Arbeitsanforderung und Inhalte, Organisation und Gemeinschaft, Arbeitsumgebung sowie Management und Führung.¹⁹¹ Wenn nun Maßnahmen der individuellen Gesundheitsförderung mit z.B. Maß-

¹⁸⁸ Vgl. Sedlatschek in Karazman/Geißler/Kloimüller/Winker, 1995: S. 115

¹⁸⁹ Vgl. Schneider, 2011: S. 118f.

¹⁹⁰ Vgl. Brandenburg/Domschke, 2007: S. 188

¹⁹¹ Vgl. Ilmarinen/Oldenburg in BKK Gesundheitsreport, 2006: S. 544

nahmen der Arbeit zusammengestellt werden, hat dies positive Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Mitarbeiters.¹⁹²

Bevor jedoch einzelne Maßnahmen greifen können, muss der Ist-Zustand der Gesundheit der Belegschaft analysiert werden. Dies geschieht mit Hilfe eines Gesundheitsberichts der Krankenkasse, wessen Informationen dabei helfen Belastungsschwerpunkte zu ermitteln und Möglichkeiten für wirkungsvolle Maßnahmen aufzuzeigen. Darüber hinaus bieten sich im Rahmen einer Personalforschung Mitarbeiterbefragungen und Unternehmensanalysen an. Die Befragung gibt wichtige Informationen zu den subjektiven Wahrnehmungen der Arbeitnehmer in Anbetracht ihres Befindens am Arbeitsplatz preis und hilft damit den betrieblichen A&G zu optimieren.¹⁹³ Hierunter fallen beispielsweise Elemente der Gefährdungs- bzw. Arbeitsplatzbeurteilungen mit Bereichen der klassischen Gesundheitsprävention. Im Rahmen dieser können dann verhaltens- oder verhältnisorientierte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung greifen. Dabei setzt letzterer Ansatz auf eine Arbeits- und Organisationsgestaltung, die einerseits die psychischen und physischen Belastungen der Beschäftigten reduziert und andererseits beim Aufbau sozialer und individueller Ressourcen unterstützt. Inhalt sind u.a. Lösungsansätze zu der Einrichtung ergonomischer Arbeitsplätze und technischer Hilfsmittel, zur altersgerechten Aufgabenverteilung, sowie altersspezifischen Pausen- und Arbeitszeitenregelung. Ebenso zählt die organisatorische Unterstützung hinzu, die z.B. eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung und Personalentwicklung einschließt. Dahingegen stellt der verhaltensorientierte Ansatz die Veränderung des persönlichen Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten, sowie die Veränderung der individuellen Einstellung in den Vordergrund. Erreicht wird das durch Maßnahmen wie Seminare zur präventiven Gesunderhaltung durch z.B. Rückenurse oder Ernährungsseminare, durch Kurse zu Stressmanagement oder durch die Förderung körperlicher Aktivität wie Sport.¹⁹⁴ Eine weitere Fördermaßnahme der BGF ist das Angebot einer Suchtprävention, in der Einrichtungen zur Suchtentwöhnung, betriebliche oder externe Suchtberater, sowie Krankenhäuser zur Wiederherstellung und Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit beitragen können.¹⁹⁵

Nach dem Krankheitsfall kann das BGM dazu beitragen, die Gesundheit betroffener Arbeitnehmer und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit wieder rasch zu verbessern

¹⁹² Vgl. D. Karl, 2009: S. 179f.

¹⁹³ Vgl. Brinkmann, 2009: S. 97

¹⁹⁴ Vgl. Beurer in Debatin/Ekkernkamp/Schulte (Hrsg.), 2010: S. 152

¹⁹⁵ Vgl. Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., 2013: S. 12

und zu erhalten.¹⁹⁶ Deshalb ist es von enormer Bedeutung, weil der Verlust eines erfahrenen Mitarbeiters in Zeiten des angesprochenen Fachkräftemangels für die Organisationen einen enormen Verlust bedeuten würde. Einerseits gehen mit dem Wegfall des Beschäftigten die Erfahrungswerte verloren und andererseits würde es wegen des geringen Erwerbspersonenpotentials auf dem Arbeitsmarkt zu höheren Rekrutierungsaufwendungen kommen.¹⁹⁷ Somit kann das BEM mit seinen Aspekten zur Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeiter hier zum Tragen kommen, denn gerade ältere Beschäftigte sind nach langer Erkrankung oder Unfällen auf betriebliche Hilfe angewiesen. Durch Maßnahmen wie technische Arbeitshilfen oder die Optimierung von Arbeitsabläufen kann sich diese ausdrücken, aber auch eine arbeitsplatzbezogene Rehabilitation in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt ermöglicht eine schnelle Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz.¹⁹⁸ Eine weitere Maßnahme, um der arbeitsinduzierten Leistungseinschränkung durch Routine- und Verschleißtätigkeit vorzubeugen ist der häufige Tätigkeitswechsel und die ständige Weiterbildung.¹⁹⁹ Lebenslanges Lernen erhöht nicht nur die Mitarbeiterbindung an den Betrieb und die Motivation für die Arbeit, sie wird auch wegen den dauerhaften Marktveränderungen, den neuen innerbetrieblichen Strategien, den neuen Produkten, den neuen Gesetzen und der wechselnden neuen Arbeitsorganisation oder Managementsystemen als erforderlich angesehen.²⁰⁰

Es ist von großer Bedeutung, dass das zukünftige BGM Elemente der altersbezogenen Maßnahmen aufweist, jedoch würden diese alleine viel zu kurz greifen. Um erfolgreich zu sein muss ein ganzheitliches System vielmehr die gesamte Belegschaft miteinbeziehen. Auch sollten Lösungsmöglichkeiten für ältere Beschäftigte lediglich einen ergänzenden Charakter besitzen.²⁰¹

4.2 Fachkräftesicherung

Da der Kampf um hochqualifizierte Arbeitskräfte in den kommenden Jahren und Jahrzehnten verstärkt eintreten wird und damit ein Mangel an Fachkräften, Experten aber auch Führungskräften einhergeht, müssen sich die Betriebe von der Konkurrenz durch geeignete Instrumente abheben, um für potentielle Bewerber attraktiv zu sein. Dies kann z.B. in Form eines BGM geschehen. Ein weiterer positiver Nebeneffekt von einem

¹⁹⁶ Vgl. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), 2009: S. 81f.

¹⁹⁷ Vgl. Hölzgen in Schwuchow/Gutmann (Hrsg.), 2011: S. 289

¹⁹⁸ Vgl. Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., 2013: S. 12f.

¹⁹⁹ Vgl. Rimbach, 2013: S. 353

²⁰⁰ Vgl. Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., 2013: S. 13

²⁰¹ Vgl. Beurer in Debatin/Ekkernkamp/Schulte (Hrsg.), 2010: S. 152

eingeführten BGM-System ist die Aufpolierung des Unternehmensimages und die damit verbundene Identifikation der Mitarbeiter mit der Organisation, denn nicht nur die Neugewinnung sondern auch die Bindung von qualifizierten und produktiven Mitarbeiter hat einen bedeutenden Stellenwert.²⁰²

Damit diese Ziele erreicht werden können, muss sich ein modernes Gesundheitsmanagement an die Bedürfnisse der Beschäftigten anpassen und ihren Wünschen entgegen kommen.²⁰³ An dieser Stelle soll das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ um die Bereiche Freunde und Familie erweitert und vervollständigt werden, die außerhalb des Beschäftigungsverhältnisses auf die Arbeitsfähigkeit einwirken.²⁰⁴ Gerade gut ausgebildete Frauen werden sich früher oder später für Karriere oder Familie entscheiden müssen. Mit den sog. „Return-Programmen“ werden diese beiden Felder miteinander verbunden und bilden damit ein geeignetes Instrument für den Wiedereinstieg nach der Elternzeit. Mit externen und internen Weiterbildungsmaßnahmen wird den Beschäftigten zudem ermöglicht ihre Qualifikationen und ihren Wissensstand auch während der Familienverpflichtungen zu erweitern. Damit wird ihnen das Gefühl gegeben, für das Unternehmen wichtig zu sein obwohl sie in dieser Zeit keinen Beitrag für dieses leisten. Eine wichtige Maßnahme der familienfreundlichen Personalpolitik ist die finanzielle Zuschussung der Kinderbetreuung in einer öffentlichen Einrichtung oder eine firmeninterne Kindertagesstätte. Der Arbeitgeber kann den Betroffenen auch mit der Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung oder dem Angebot der flexiblen Arbeitszeit entgegen kommen.²⁰⁵

Dieses Zusammenspiel von äußeren Faktoren und Beruf wird mit „Work-Life-Balance“ beschrieben.²⁰⁶

4.3 Diversity

Aufgrund der seit 2011 geltenden unbeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit wird es in den kommenden Jahren zu einer erhöhten Zuwanderungsrate kommen. Auch Unternehmen haben vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erkannt, dass durch eine gezielte Integration qualifizierter Arbeitnehmer dem Fachkräftemangel entgegen

²⁰² Vgl. Singer/Neumann in Esslinger, 2010: S. 52ff.

²⁰³ Vgl. Robert Bosch Stiftung GmbH (Hrsg.), 2009: S. 83

²⁰⁴ Vgl. Ilmarinen/Oldenburg in BKK Gesundheitsreport, 2006: S. 545

²⁰⁵ Vgl. Huber in Esslinger, 2010: S. 78f.

²⁰⁶ Vgl. Schobert in Esslinger, 2010: S. 87

gewirkt werden kann.²⁰⁷ Vermehrt entstehen durch die voranschreitende Internationalisierung der Wirtschaft und der europäischen Wirtschaftsunion multinationale Unternehmen, die eine heterogene Belegschaft zur Folge haben werden. Diese auftretende Vielfalt muss demnach auch im BGM berücksichtigt werden, was durch Einflüsse des Diversity Managements in der betrieblichen Gesundheitsförderung realisiert werden kann.²⁰⁸ Unter Diversity Management versteht man die Verschiedenartigkeit und Vielfalt von Mitarbeitern, diese wahrzunehmen, wertzuschätzen und schließlich die vorhandenen Unterschiede zu nutzen.²⁰⁹ Es wird hier zwischen Primär- und Sekundärdimensionen differenziert. Bei Primärdimensionen handelt es sich um Unterschiede bzgl. des Geschlechtes, Alters, ethnische Herkunft, Religion oder sexuelle Orientierung, während bei Sekundärdimensionen das Einkommen, Familienstand, geografische Lage, beruflicher Werdegang und Bildung genannt werden. Es gilt nun, diese kulturelle Verschiedenheit nicht als Defizit zu sehen, sondern als Ressource und Potential zu begreifen, um die Vielfalt für das Unternehmen nutzbar zu machen und so durch die Wertschätzung der Einzelnen die Arbeitsmotivation und die Arbeitszufriedenheit zu steigern.²¹⁰ Ziel ist eine multikulturelle Organisation, in der Bedingungen zur vollen Entfaltung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten geschaffen werden, ohne dass sich einer der Mitarbeiter aufgrund bestimmter Merkmale diskriminiert oder ausgeschlossen fühlt.²¹¹

Da die Teamarbeit heutzutage die häufigste Art von Zusammenarbeit in Organisationen ist, sollte gerade Diversity als Teil des Themas Gesundheit betrachtet werden, denn unterschiedliche Arbeits- und Sprachkulturen, Qualifikationen und Wertevorstellungen können das Konflikt- und Stresspotential innerhalb einer Gruppe verschärfen. Die individuelle Gesundheit kann daher mit einem Arbeitsumfeld, in dem Anerkennung und Wertschätzung, Handlungs- und Entscheidungsspielraum herrscht und in dem die zugeteilten Tätigkeiten rotieren, gefördert werden, um einem Machtkampf der Mitarbeiter untereinander vorzubeugen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass das Thema Vielfalt als etwas Gutes und Positives im Unternehmen wahrgenommen wird, denn nur so kann das Potential, dass eine heterogene Gruppe zusammen bringt voll ausgeschöpft werden. Es zeigt sich z.B. dass Altersdiversität innerhalb eines Gebildes, dann zu mehr „Burnout“ führt, wenn sie wahrgenommen wird. Daher ist es einerseits von großer Bedeutung die Bildung heterogene Subgruppen zu vermeiden, andererseits

²⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011: S. 31

²⁰⁸ Vgl. Steinbacher in Spicker/Lang (Hrsg.), 2009: S. 89

²⁰⁹ Vgl. Rudow, 2011: S. 303

²¹⁰ Vgl. Steinbacher in Spicker/Lang (Hrsg.), 2009: S. 90

²¹¹ Vgl. Dippel, 2007: S. 1

sollte mithilfe von Kampagnen die Vielfalt als Unternehmenswert nach außen und innen kommuniziert werden.²¹²

Eine weitere Maßnahme der Vielfaltsintegration im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Weiterentwicklung nehmen die sog. Empowermentgruppen ein. Sie machen verstärkt auf Diskriminierung, Benachteiligung und deren gesundheitlichen Folgen in den Organisationen aufmerksam und formulieren konkrete Forderungen zur Verbesserung.²¹³ Dabei geht es meistens um sozial benachteiligte Gruppen, die darin unterstützt werden, mithilfe der Gewinnung von eigenen Fähigkeiten selbstständig Probleme zu lösen. Diese Herangehensweise soll dabei helfen benachteiligte Gruppen und Individuen zu fördern, sowie soziale Ungleichheiten zu reduzieren.²¹⁴

²¹² Vgl. B. Meyer in Merz Wagenaar C. (Ed.), 2013: S. 10f.

²¹³ Vgl. Steinbacher in Spicker/Lang (Hrsg.), 2009: S. 90f.

²¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2005: S. 7f.

5 Schlussbetrachtung

5.1 Grafische Darstellung der Erfolgsfaktoren



Abbildung 16: Grafische Darstellung von Erfolgsfaktoren. Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Handlungsempfehlungen für die Optimierung von BGM-Prozessen

Die Handlungspotentiale richten sich zuerst auf Rahmenbedingungen, dann auf inhaltliche Verbesserungspunkte seitens der Unternehmen und schließlich auf das Verhalten des einzelnen Mitarbeiters.

Die Rahmenbedingungen die vom Staat festgelegt werden, bilden den Handlungsspielraum nach denen Unternehmen ihre Maßnahmen ausrichten. Zwar ist für den Arbeitnehmer eine Frühverrentung mit 63 Jahren nach 45 Arbeitsjahren möglich, dennoch ist es von enormer Bedeutung die Beschäftigten bis ins hohe Alter arbeitsfähig zu halten, zu fördern und zu fordern. Das größte Potential um dies zu erreichen liegt in der Gestaltung der Unternehmenskultur. Hier sollte das Thema Gesundheit einen wesentlichen Platz einnehmen und von allen Mitarbeitern gelebt werden. Es ist wichtig dass das Wohlbefinden als Ideal angestrebt wird und sowohl als Ziel, als auch als Wert kommuniziert wird. Des Weiteren sollte diese Kultur die respektvolle Haltung gegenüber Alter, Geschlecht, Herkunft usw. schaffen, da die Integration ausländischer Arbeitnehmer, sowie die Ausschöpfung des nationalen Erwerbspersonenpotentials für Betriebe immer mehr an Bedeutung gewinnt. Durch die Aspekte des Diversity-Managements sollen individuelle Talente und Fähigkeiten gefördert, wie auch Unterschiede als besondere Potentiale und damit nicht als Risiko verstanden werden. Zudem sollte eine auf den demografischen Wandel bezogene Strategie formuliert werden, um so anhand auftretender Konsequenzen einen ersten Eindruck davon zu bekommen, was es für künftige Herausforderungen zu bewältigen gilt und wie diesen langfristig entgegnet werden kann.

Mit diesen Herausforderungen beschäftigt sich auch das Personalmanagement. Hier sollte vor allem die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen erfolgen. Allerdings können dabei und bei der Planung des Personalbedarfs erhebliche Defizite auftreten. Das Problem der Umsetzung von erstgenanntem Problem könnte demnach an der mangelnden Bereitstellung relevanter Mittel liegen. Daher sollten bei einer erfolgreichen Umsetzung von spezifischen Maßnahmen stets ausreichend finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Anschließend müssen diese auf ihre Wirksamkeit geprüft werden, da so der sinnvolle Einsatz der Maßnahmen gesteuert werden kann. Als geeignetes Messinstrument würde hier z.B. der in Kapitel 2.5.1 beschriebene Work-Ability-Index in Frage kommen, da dieser kostengünstig und schnell anzuwenden ist. Auch können Projekte mangels Konsequenz scheitern, weshalb der hinreichenden Verfügbarkeit von personellen Ressourcen eine gleichwertige Bedeutung zukommt. Um bei der Planung des Personalbestandes richtig zu kalkulieren, eignet sich z.B. die sog. funktionsbezogene Altersstrukturanalyse. Bei dieser Analyse erhält man nicht nur

einen Überblick über die Altersstruktur der Belegschaft, sondern es werden einzelne Abteilungen und Beschäftigungsgruppen näher betrachtet, da es gerade unter ihnen zu erheblichen Abweichungen kommen kann. Stellt sich hierbei bspw. heraus, dass die Berufsgruppe der Techniker besonders ins Alter gekommen ist, kann speziell in diesem Umfeld eine bedarfsgerechte Personalplanung erfolgen.

Eine häufige Fehlerquelle bei der nachhaltigen Integration eines BGM-Systems in den unternehmerischen Alltag, kann die mangelnde Weiterentwicklung der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Zu keinem Zeitpunkt sollte man mit dem Erreichten zufrieden sein und so gilt es ständig für Progress zu sorgen. Daher sollten sowohl Faktoren des Diversity-Managements und der Demografie in der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt werden, als auch die Kenntnis, dass spezifische Maßnahmen für diese Zielgruppen an Bedeutung gewinnen. Die Lebenssituation der Mitarbeiter wird sich im Laufe der Jahre ebenfalls verändern und darauf sollte sich eine Organisation vorbereiten, ein gewisses Maß an Verständnis für verschiedene Lebensphasen entgegenbringen und dieses in speziellen Angeboten darlegen. Solche Angebote können sich z.B. in der Unterstützung bei der Kinderbetreuung oder der häuslichen Pflege ausdrücken oder über persönlich zugeschnittene Coachings erfolgen, wenn ein Beschäftigter am Anfang, bzw. am Ende seiner beruflichen Tätigkeit steht.

Wesentliches Verbesserungspotential besteht auch in der Aufgabe von Führungskräften. Diese nehmen eine bedeutende Rolle ein, geht es um die Umsetzung und das Erreichen von gestellten Anforderungen und Maßnahmen. Sie müssen sich mit dem Thema Gesundheit identifizieren, da sie durch ihre verschiedenen Wirkungsweisen erheblichen Einfluss auf Mitarbeiter haben.²¹⁵ Die Art und Weise wie sie Gesundheit in ihre tägliche Arbeitsstruktur einfließen lassen prägt deren Arbeitsschema zusehens. Aufgrund dieses Vorbildcharakters müssen gerade sie die vorgeschriebenen Entwicklungen der Unternehmenskultur verinnerlichen und auf die Mitarbeiter übertragen. Dabei muss das Führungsverhalten jedoch weit über die bisherigen Maßnahmen hinaus gehen und speziell vor dem demografischen Hintergrund altersngerechte und gesundheitsorientierte Faktoren, sowie Sachverhalte der Diversität beinhalten. Die Führungskräfte selbst sollten dabei auch in ihrem Selbstmanagement geschult werden, damit sie im Umgang mit dem herrschenden und höher werdenden Druck ihre eigene Gesundheit nicht gefährden und weiterhin als Vorbild fungieren können. Das Verhalten

²¹⁵ Vgl. Kapitel 2.4.2, Abbildung 5: Wirkung von Führungskräften

von Führungspersonen ist also von entscheidendem Charakter, will das System Erfolg haben.

Ein eingeführtes System kann allerdings auch an mangelnder Akzeptanz in der Organisation scheitern. Dies kann daran liegen, dass die Mitarbeiter nicht in die unternehmerischen Veränderungsprozesse mit einbezogen wurden, oder das BGM zu kurzfristig eingeführt wurde, sodass den Beschäftigten keinerlei Zeit blieb sich auf kommende Veränderungen einzustellen. Um die gewünschte Zustimmung von Beginn an zu erhalten sollte daher frühzeitig ein internes Marketing getätigt werden. Durch z.B. die Verteilung von Infobroschüren und das Einrichten von Veranstaltungen erhält das Thema BGM Transparenz und die Beschäftigten werden so im Vorfeld ausreichend informiert, was auch die Steigerung der Akzeptanz zur Folge hat. Außerdem sollten die Mitarbeiter von Beginn an in alle entscheidenden Prozesse, z.B. anhand der Durchführung regelmäßiger Gesundheitszirkel, mit einbezogen werden. Auch ein intensiv betriebenes externes Marketing in Sachen BGM rückt vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in den Fokus. Da sich der Wettbewerb im „War of Talents“ ausdrückt ist es wichtig sich von der Konkurrenz abzuheben um aufzufallen. Dabei präsentiert man sich als in die Zukunft blickender Arbeitgeber und wirkt für potentielle Bewerber attraktiv.

Das Ernährungsverhalten der Mitarbeiter ist ein weiterer Ansatzpunkt mit dem sich das BGM beschäftigen sollte. Eine Kantine hat den schlechten Ruf von überwiegend fettigem Essen und trägt damit nicht gerade zur Gesunderhaltung der Beschäftigten bei. Ein Lösungsvorschlag könnte z.B. ein sog. „Green-Day“ sein, an dem es vorzugsweise gesundes, meist vegetarisches Essen gibt. Es bestünde auch die Alternative Kooperationen mit regionalen Anbietern einzugehen, um mehr hochwertige Produkte zu verarbeiten. Da nicht jedes Unternehmen mit einer Kantine ausgestattet ist, bietet sich in Form von Gesundheitstagen eine weitere Möglichkeit um auf das Ernährungsverhalten von Arbeitnehmern Einfluss zu nehmen. Ein guter Anfang wären auch Obstschalen im gesamten Betrieb aufzustellen.

Weitere Potentiale zur Verbesserung des Gesundheitszustandes liegen beim Mitarbeiter selbst. Alle angebotenen Maßnahmen seitens des Unternehmens sind zwecklos, wenn der Beschäftigte die vorhandenen Möglichkeiten nicht zu nutzen weiß, denn letztendlich ist jeder für seine eigene Gesundheit verantwortlich. Der Grundstein diese zu erhalten liegt in der Entwicklung einer Gesundheitskompetenz, in der die gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren am Arbeitsplatz und außerhalb dessen identifiziert und behoben werden. Um auch im hohen Alter geistig fit zu sein sollte die Bereitschaft neues zu lernen stets vorhanden sein und gefördert werden. Dies bringt nicht nur Abwechslung in den Berufsalltag, sondern macht jeden Einzelnen zu einer Ressource unersetzlichen Wertes. Da die körperliche Fitness einen ähnlichen Stellenwert hat,

sollte auch sie auf einem konstant hohen Niveau gehalten werden. Mit der aktiven Gestaltung von Pausen, kann jeder Mitarbeiter präventiv mit minimalem Aufwand am Tag gegen z.B. Rückenbeschwerden handeln.

5.3 Zukunftsperspektive

Bedingt durch den demografischen Wandel steht das BGM vor großen Herausforderungen. Diese wahrzunehmen, das BGM darauf abzustimmen und gezielt weiterzuentwickeln dürfte eine der größten Hürden und Aufgaben für Unternehmen sein. Dabei muss das System weit über den bisherigen Leitsatz von einem gesundheitssensiblen BGM hinausgehen und gerade in Bezug auf die Alterung der Belegschaften muss die Organisation die von Rekrutierung und Personalabbau geprägte Personalstrategie enorm weiterentwickeln. Die strategische Neuausrichtung wird dann deutlich, wenn erkannt wird, dass aufgrund des eintretenden Fachkräftemangels die Mitarbeiter so lange wie möglich gehalten werden müssen.²¹⁶

In diesem Zusammenhang spricht man von einem sog. Demografiemanagement. Dieses beinhaltet neben der Vorhersage durch Altersstrukturanalysen auch die Bereiche BGM und Wissensmanagement, Führung, Personalentwicklung sowie -beschaffung und stimmt jene Einzelheiten aufeinander ab.²¹⁷ Durch den ganzheitlichen Ansatz, der über die gesundheitsfixierten Zielsetzungen hinausgeht, ist eine Gesamtkonzeption zur Antwort auf die demografische Entwicklung und dessen Herausforderungen möglich.

²¹⁶ Vgl. Deller/Kern/Hausmann/Diederichs, 2008: S. 4

²¹⁷ Vgl. Uhle/Treier, 2011: S. 262ff.

Literaturverzeichnis

ANGENENDT, Steffen: Die Steuerung der Arbeitsmigration in Deutschland: Reformbedarf und Handlungsmöglichkeiten. Bonn 2008.

BADURA, Bernhard / RITTER, Wolfgang / SCHERF, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin 1999.

BADURA, Bernhard / SCHNELLSCHMIDT, Henner / VETTER, Christian: Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten: Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Heidelberg 2007.

BADURA, Bernhard / SCHRÖDER, Helmut / KLOSE, Joachim / MACCO, Katrin: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potentiale nutzen. Berlin Heidelberg 2010.

BADURA, Bernhard / WALTER, Uta / HEHLMANN, Thomas : Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Heidelberg 2010.

BAUER, Georg / SCHMID, Margareta: KMU – vital. Ein webbasiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Zürich 2008.

BERNER, Florian: Grundlagen des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Nach § 84 SGB IX. Hamburg 2008.

BKK Gesundheitsreport 2006: Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen. 30. Ausgabe, Essen 2006.

BRANDENBURG, Uwe / DOMSCHKE, Jörg-Peter: Die Zukunft sieht alt aus. Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden 2007.

BRIESKORN-ZINKE, Marianne: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Auflage, Stuttgart 2006.

BRINKMANN, Ralf: Berufsbezogene Leistungsmotivation älterer Arbeitnehmer. 1. Band, Berlin 2009.

BRUNETT, Regina: Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. Bielefeld 2009.

BURGER, Stephan (Hrsg.): Alter und Multimorbidität: Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt. Heidelberg 2013.

DAUSEND, Julia: Unternehmenskultur und Corporate Responsibility. 1. Auflage, Hamburg 2008.

DEBATIN, Jörg F. / EKKERNKAMP, Axel / SCHULTE, Barbara (Hrsg.): Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden. Berlin 2010.

DELLER, Jürgen / KERN, Stefanie / HAUSMANN, Esther / DIEDERICH, Yvonne: Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess. Heidelberg 2008.

DUCKI, Antje: Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit: Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Zürich 2000.

EMMERMACHER, André: Gesundheitsmanagement und Weiterbildung: Eine Praxisorientierte Methode zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung. 1. Auflage, 2008 Wiesbaden.

ESSLINGER, Adelheid Susanne / EMMERT, Martin / SCHÖFFSKI, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden 2010.

FLATO, Ehrhardt / REINBOLD-SCHEIBLE, Silke: Zukunftsweisendes Personalmanagement – Herausforderung demografischer Wandel: Fachkräfte gewinnen, Talente halten und Erfahrung nutzen. München 2008.

HALLIER, Ernst / LETZEL, Stephan / NOWAK, Dennis: Medizinische und berufliche Rehabilitation: Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik. 2013.

HETZEL, Christian: Arbeitsbedingungen und Gesundheit bei älteren Personen im Familienunternehmen. Bamberg 2012.

HOFMANN, Heidemarie: Wege zum gesunden Unternehmen. Gesundheitskompetenz entwickeln. Band 42, Bielefeld 2010.

HOLZ, Melanie / DA-CRUZ, Patrick (Hrsg.): Demografischer Wandel in Unternehmen. Herausforderung für die strategische Personalplanung. 1. Auflage, Wiesbaden 2007.

HOLZTRÄGER, Doris: Gesundheitsförderliche Mitarbeiterführung. Gestaltung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Führungskräfte. 1. Auflage, München und Mehring 2012.

KARAZMAN, Rudolf / GEIBLER, Heinrich / KLOIMÜLLER, Irene / WINKER, Norbert: Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Band 1, Gamburg 1995.

KARL, Dorothee: Arbeitsfähigkeit, ein ganzheitlicher, integrativer Ansatz. Frankfurt am Main 2009.

KNAPP, Kornelius: Gesundes Arbeiten in der Sozialwirtschaft gestalten. Antworten auf den demografischen Wandel. Band 3, Stuttgart 2013.

LANGHOFF, Thomas: Den demografischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. Berlin Heidelberg 2009.

LIEDTKE, Stefanie: Gesundheitsbezogene Maßnahmen und Möglichkeiten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. Anreizsysteme und Kooperationen zwischen Sozialversicherungsträgern und Betrieben. Bielefeld 2007.

MERZ, Wagenaar, C. (Ed.): Gesundheitsförderung Schweiz: Mehr Wert durch Vielfalt. Gesunde Teams und Führung. Beiträge an der 10. Nationalen Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung. 12. Ausgabe, Bern und Lausanne 2013.

MEYER, Horst Otto: Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München 2008.

PFAFF, Holger / SLESINA, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung: Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim 2001.

PREIBING, Dagmar: Erfolgreiches Personalmanagement im demografischen Wandel. München 2010.

RIMBACH, Astrid: Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern: Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung. München und Mering 2013.

RITZ, Adrian / THOM, Norbert (Hrsg.): Talent Management: Talente identifizieren, Kompetenzen entwickeln, Leistungsträger erhalten. 1. Auflage, Wiesbaden 2010.

ROSENKRANZ, Stephan / SCHNEIDER, Christian A. / ERDMANN, Erland: Prävention atherosklerotischer Erkrankungen. 1. Auflage, Stuttgart 2006.

RUDOW Bernd: Die gesunde Arbeit. München 2011.

SALVAGGIO, Nikolina: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Der ökonomische Nutzen der Unternehmen bei betrieblicher Gesundheitsförderung. Saarbrücken 2007.

SCHMIDT, Stephanie: Eventmarketing für den Mittelstand: Kleines Budget, großer Erfolg. Hamburg 2013.

SCHNEIDER, Cornelia: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: Nebenwirkung Gesundheit. 1. Auflage, Bern 2011.

SCHOTT, Thomas / IORNBERG, Claudia (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden 2011.

SCHOTT, Eileen: Arbeitgeberentscheidungen über betriebsbedingte Kündigungen: Eine retrospektive Gesetzesfolgenabschätzung unter besonderer Berücksichtigung der Sozialauswahl. 1. Auflage, München und Mehring 2011.

SCHULZ, Günther / BUCHHEIM, Christoph / FOUQUET, Gerhard / GÖMMEL, Rainer / HENNING, Friedrich Wilhelm / KAUFHOLD, Karl Heinrich / POHL, Hans: Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte. Band 89, Heft 4, Stuttgart 2002.

SCHWUCHOW, Karlheinz / GUTMANN, Joachim (Hrsg.): Jahrbuch Personalentwicklung 2011: Ausbildung, Weiterbildung, Management Development. Köln 2011.

SPICKER, Ingrid / LANG, Gert (Hrsg.): Gesundheitsförderung auf Zeitreise. Herausforderung und Innovationspotentiale auf dem Weg in die Zukunft. Wien 2009.

STEINBACH, Herlinde: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage, 2007 Wien.

STUMPF, Sebastian: Gesundheitsmanagement durch Netzwerke. Wie auch kleinen und mittelständischen Unternehmen Betriebliches Gesundheitsmanagement zugänglich gemacht werden kann. Hamburg 2012.

UHLE, Thorsten / TREIER, Michael: Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge Messen. Berlin, Heidelberg 2011.

Verband deutscher Betriebs- und Werksärzte: Beschäftigungsfähigkeit im demografischen Wandel. Ein Leitfaden für Betriebsärzte und die verantwortlichen Unternehmen. Karlsruhe 2013.

WALTERMANN, Raimund: Sozialrecht. 10. Auflage, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg 2012.

WEINREICH, Ingo / WEIGL, Christian: Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen – Methoden – personelle Kompetenzen. Berlin 2011.

WESTMAYER, Gerhard / STEIN, Bertolt A.: Produktivitätsfaktor betriebliche Gesundheit. Göttingen 2006.

URL'S:

BADURA, Bernhard / MÜNCH, Eckhard / WALTER, Uta (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Eine Investition in das Sozial- und Humankapital. URL: http://www.boeckler.de/wsimit_2002_09_walter.pdf [Stand 05.04.2014]

BGF & Organisationsentwicklung (o.J.): URL: http://www.top-in-form.at/media/Vpc_Basic_DownloadTag_Component/9-228-367-download-Tag/default/3c5479f0c8e3b73f4f468096eac3f01f/1360170868/BGF_Organisationsentwicklung.pdf [Stand 02.04.2014]

BUCK, Hartmut / DWORSCHAK, Bernd / SCHLETZ, Alexander / FRAUNHOFER IAO (2005): Analyse der betrieblichen Altersstruktur. URL: http://www.demotrans.de/documents/Alterstrukturanalyse_IAO.pdf [Stand 07.05.2014]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Fachkräftesicherung. Ziele und Maßnahmen der Bundesregierung. URL: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/fachkraeftesicherung-ziele-massnahmen.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 06.05.2014]

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005): Empowerment: Eine Handreichung für die Projektarbeit im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative Equal. URL: <http://www.equal.esf.de/Equal/Redaktion/Medien/Anlagen/2005-03-01-empowerment,property=pdf,bereich=equal,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand 20.05.2014]

DIPPEL, Alexander (2007): Diversity Management Good Practice: Maßnahmen in der Wirtschaft. URL: http://www.idm-diversity.org/files/infothek_vdippel_massnahmen.pdf [Stand 19.05.2014]

Frankfurter Rundschau (2014): Union und SPD feilschen um Rentengesetz. URL: <http://www.fr-online.de/arbeit---soziales/rente-mit-63-union-und-spd-feilschen-um-renten-gesetz-,1473632,26904488.html> [Stand 10.06.2014]

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986): URL:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

[Stand 10.06.2014]

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2007): Demografischer Wandel. Gehen Deutschland die Arbeitskräfte aus? URL:

http://www.romanherzoginstitut.de/uploads/tx_mspublication/demografischer_wandel.pdf [Stand 06.05.2014]

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2004): Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich. Nr. 11, Zürich 2004. URL:

http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/fileadmin/user_upload/publikationen/Konzept/Konzept_praev_ges-foe.pdf [Stand: 17.04.2014]

JUSSEN, Sascha (2014): Gesundheitsmanagement – mehr als Einzelmaßnahmen.

URL: <https://www.dgfp.de/aktuelles/dgfp-kolumne/gesundheitsmanagement-mehr-als-einzelmassnahmen-3968> [Stand 16.04.2014]

KAY, Rosemarie / RICHTER, Michael (2010): Fachkräftemangel im Mittelstand: Was getan werden muss. URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07079.pdf> [Stand

09.05.2014]

KISTLER, Ernst / HILPERT, Markus (2002): Auswirkungen des demographischen Wandels auf Arbeit und Arbeitslosigkeit. URL:

<http://www.bpb.de/apuz/26510/auswirkungen-des-demographischen-wandels-auf-arbeit-und-arbeitslosigkeit?p=all> [Stand 08.05.2014]

KÖRPER, Birgit / LAFRENZ, Bettina / KRAUSS-HOFFMANN, Peter / WETTBERG, Wieland / MÜLLER-ARNECKE, Heiner / LEHMANN, Marco / HAAS, Claus / HEISING, Manfred / HENN, Martin / FRAI, Pascal / RÖTTGEN, Monika (2006): Baua Aktuell – Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Ausgabe 1. URL: http://www.baua.de/de/Publikationen/BAuA-AKTUELL/2006-1/pdf/ba1-06.pdf?__blob=publicationFile [Stand 12.04.2014]

KREMER, Horst (2001): Wandel, Veränderung, Entwicklung: Drei Zugänge für Changemanagement. URL: http://www.c2-beratung.de/_download/c2_changemanagement.pdf [Stand 29.04.2014]

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (2007). URL:

http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_09-12.pdf [Stand 15.04.2014]

OECD (2013): Zuwanderung ausländischer Arbeitskräfte: Deutschland. URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/zuwanderung-auslaendischer-arbeitskraefte-deutschland-german-version_9789264191747-de [Stand 13.05.2014]

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986). URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Stand 28.05.2014]

SCHMID, Heinz (2010): Alternde Belegschaften und Fachkräftemangel. URL: http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/kmu/documents/SI_06_Schmid_%282%29.pdf [Stand 08.05.2014]

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 26.04.2014]

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern, Heft 1. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Vorausberechnung/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung5871101119004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 30.04.2014]

Wegleitung (2008): Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement. BGM-Kriterien 1-6. URL: http://www.gesundheit.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/gesundheit/BGM/Wegleitung_BGM-Kriterien.pdf [Stand 21.05.2014]

WIELAND, Rainer (2009): Barmer Gesundheitsreport 2009: Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. URL: http://www.haward.de/cms_pdf/2009__Gesundheitsreport.pdf [Stand 14.04.2014]

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname